身心障礙者福利

◎ 江亮演著

增修二版

VISIT…

LANZAROTE
Caliente.com



此頁空白

身心障礙者福利

◎江亮演　著

二版序

隨著聯合國倡導普世人權的價值和關注弱勢群體權益的維護，我國針對身心障礙者的福利提供，也有了積極的回應，並已朝向權益保障的理念來實施，現行的「身心障礙者權益保障法」的立法宗旨，即爲維護身心障礙者之權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展。

本書係以社會福利學的立場去探討身心障礙者福利的理論與實務，全書分爲十三章：第一章緒論，第二章身心障礙者福利課題與理念，第三章身心障礙有關理論，第四章身心障礙的成因與其特徵，第五章身心障礙者福利服務政策與立法，第六章身心障礙者療育之福利措施，第七章身心障礙者的在宅生活、社區福利與社會生活環境，第八章身心障礙者的就業服務，第九章身心障礙者的社會行動與社會運動，第十章身心障礙者福利的人力與資源，第十一章先進國家的身心障礙者福利動態與服務措施，第十二章身心障礙者福利的實務與方法，第十三章身心障礙者福利的未來與展望等。

本書二版，主要在於回應現行法令之調整，加以更新或補充敘述，以跟上時代變遷的腳步。各章節之撰寫，雖力求周延完善，但因障礙者福利領域與權益保障範圍廣泛，疏漏在所難免，尚祈各方先進、同好，不吝給予批評指正。

江亮演　敬上

2012年9月15日

目錄

二版序

第一章　緒論……………………………………… 01
第一節　身心障礙者的定義……………………… 02
第二節　身心障礙者福利的意義與發展………… 05
第三節　身心障礙者福利的重要性 …………… 10

第二章　身心障礙者福利課題與理念…… 13
第一節　身心障礙者福利之課題………………… 14
第二節　身心障礙者福利的理念………………… 17

第三章　身心障礙有關理論…………………… 23
第一節　社會觀點理論……………………………… 24
第二節　影響家庭理論……………………………… 30
第三節　影響個人的理論…………………………… 34

第四章　身心障礙者的成因與其特徵…… 37
第一節　肢體障礙的成因與其特徵……………… 38
第二節　智能障礙的成因與其特徵……………… 45
第三節　其他障礙的成因與其特徵……………… 54

第五章　身心障礙者福利服務政策與立法…………………………………… 67
第一節　身心障礙者福利服務政策……………… 68
第二節　我國身心障礙者福利政策……………… 73
第三節　我國身心障礙者福利之立法…………… 78
第四節　我國身心障礙者福利政策與立法之展望…… 94

第六章　身心障礙者療育之福利措施…… 101

第一節　身心障礙兒童之療育（療養與教育）福利…… 102
第二節　我國的特殊教育實況…… 108

第七章　身心障礙者的在宅生活、社區福利與社會生活環境…… 115

第一節　身心障礙者在宅福利…… 116
第二節　身心障礙者的社區活動…… 120
第三節　我國身心障礙者的生活照顧…… 125
第四節　身心障礙者的社會與生活環境之障礙…… 128
第五節　營造障礙者安全舒適之福利生活環境的市鎮 132

第八章　身心礙障者的就業服務…… 135

第一節　身心障礙者的雇用…… 136
第二節　身心障礙者的福利性就業…… 139
第三節　我國身心障礙者的就業服務…… 143

第九章　身心礙障者的社會行動與社會運動…… 149

第一節　社會行動…… 151
第二節　集體行為與社會運動…… 159
第三節　身心障礙者的社會行動、社會運動與組織… 172
第四節　身心障礙者的權益倡導…… 178

第十章　身心障礙者福利的人力與資源 183

第一節　社區生活的障礙者之相談對象或照（介）護者…… 184
第二節　身心障礙者福利機構的人員…… 187
第三節　社會工作師與照顧福利師…… 188
第四節　身心障礙者福利與其工作團隊…… 192

第十一章　先進國家的身心障礙者福利動態與服務措施……… 197

第一節　世界行動計畫規劃與障礙者的正常化……… 198
第二節　舊社會主義國的問題與福利先進國的苦惱… 200
第三節　落實正常化及差別禁止與預算……… 201
第四節　亞洲、太平洋1993～2002年的障礙者10年發展……… 204
第五節　先進國家的身心障礙者福利服務措施……… 205
第六節　我國身心障礙者的福利服務措施……… 229

第十二章　身心障礙者福利的實務與方法（技巧）……… 253

第一節　社區化概念與社區身心障礙者福利措施之目的 254
第二節　身心障礙者支持性需求及運用性需求的評估 257
第三節　身心障者福利服務類型……… 263
第四節　身心障礙者個案管理……… 268
第五節　特殊教育早期療育與個別化家庭支持及教育計畫……… 273
第六節　身心障礙者的社會重建服務……… 278
第七節　身心障礙者的職業重建服務……… 285
第八節　無障礙環境與輔具服務……… 289
第九節　身心障礙者在宅（家庭）服務……… 294
第十節　身心障礙者福利服務的成果評鑑與管理…… 298

第十三章　身心障礙者福利的未來與展望……… 307

第一節　身心障礙者福利之理想目標……… 308
第二節　身心障礙者福利計畫之推進……… 311

參考文獻……… 320

附錄……… 340

第1章

緒論

第一章　緒論

第一節　身心障礙者的定義

障礙（handicap）或稱失能（disability）是指喪失能力或損傷（impairment）之意。依據我國最新修訂的「身心障礙者權益保障法」之定義身心障礙者乃指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：

一、神經系統構造及精神、心智功能。

二、眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛。

三、涉及聲音與言語構造及其功能。

四、循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能。

五、消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能。

六、泌尿與生殖系統相關構造及其功能。

七、神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能。

八、皮膚與相關構造及其功能。

我國「身心障礙者權益保障法」是依據世界衛生組織(WHO)於2001年5月22日批准的國際健康功能與身心障礙分類(International Classification of Functioning, Disability, and Health，簡稱ICF)而修訂的。

ICF分類系統對組成健康要件的功能性狀態與失能程度進行分類，以中性字眼來描述醫學病因，關注於個體的功能性狀態，而非病症或疾患。是一套考量到跨文化、年齡與性別變項的健康分類工具，適合在不同的人口背景下操作。不論

一個人的健康狀況如何，ICF分類系統都能適用。

另外，它將功能性狀態與失能程度，視為是個體的健康狀況、環境背景因素與個人因素之間的複雜互動關係。認為一個人的健康圖像，是由「其所處的生活世界」中的許多因素與面向組合而成，是一種互動性的動態過程，而非線性或靜態的。

ICF分類主要由下列幾項概念組成：

身體功能(body functioning, 代碼b)：身體系統的生理、心理功能。

身體構造(body structure, 代碼s)：身體的解剖部位，如：肢體、器官組織和其組成單位。

活動與參與(activity and participation, 代碼d)；活動是指可由單獨的個人執行之工作或任務；參與是指存在有兩人以上的生活情境之參與。

環境因素(environment factor, 代碼e)與個人因素(personal factor)；與人們日常生活和居住相關之自然、社會和態度的環境。

ICF分類系統補充了世界衛生組織的國際疾病與相關健康問題統計分類第十版(ICD-10)的不足，因為ICD中只包含了疾病診斷與健康條件的資訊，卻沒有功能性狀態的描述。ICD與ICF目前是世界衛生組織國際分類家族(WHO-FIC)中的核心分類系統。

通常障礙（失能）非一朝一夕形成，而是有其演化的過程，其過程如圖1-1所示，是從病理狀況（Pathology）起經由損傷（impairment）、功能限制（functional limitation）而到障礙即失能(disability）等。

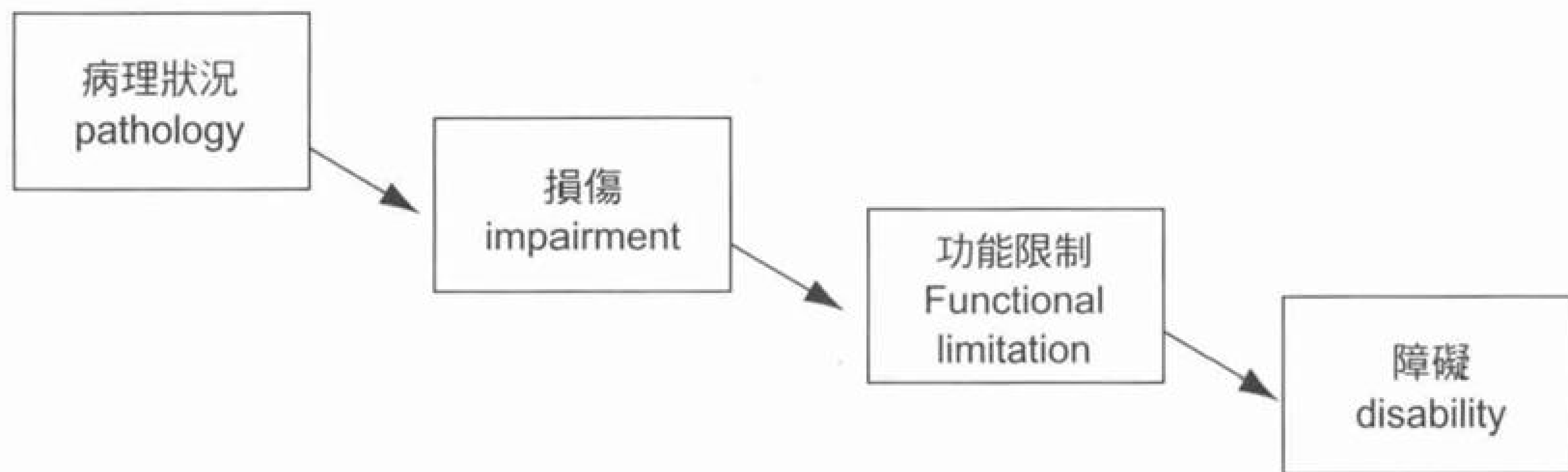


圖1-1　Disability概念的演化過程

資料來源：黃慶鑽等編者「老人與殘障福利」P.182

其次個人或環境與機能損傷、功能性障礙以及社會性障礙之關係可從圖1-2而瞭解。（黃慶鑽等編著「老人與殘障福利」，2001）。

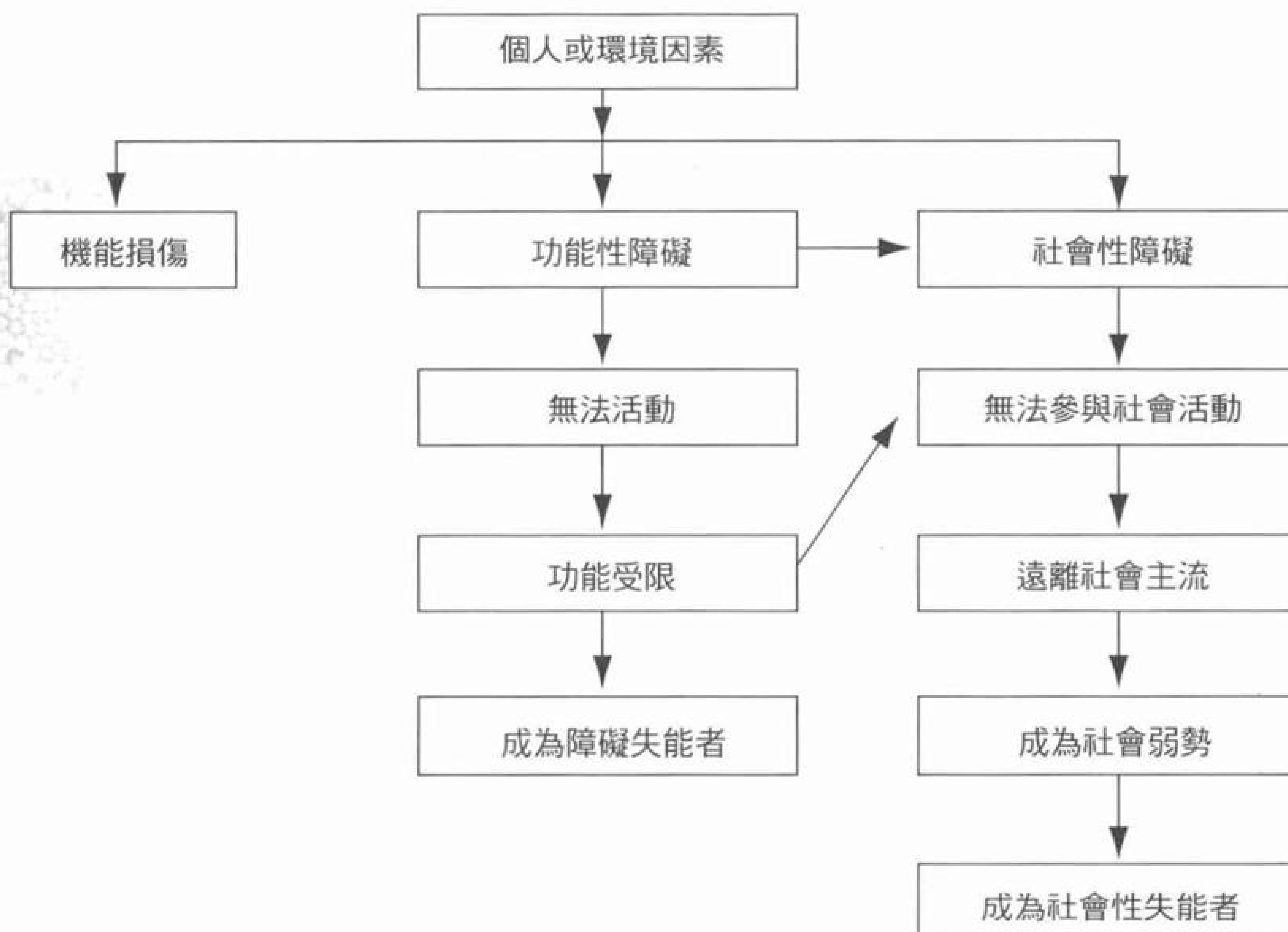


圖1-2　機能損傷、功能性障礙、社會性障礙三者之關係

上述的分類不論是分為肢體殘障與智力障礙二大類也好，或世界衛生組織分為機能性損傷、功能性障礙與社會性

適應障礙等三種類也好，或者依國際分類基準分為機能性障礙、能力性障礙與社會性障礙等三種類也好，都必須依1981年國際殘障（身心障礙）年的行動計畫主題「完全參與及平等」為推行身心障礙者福利之指標而向前邁進。

一般人都可以獨立自主，適應社會以及參與社會各種活動而自我實現。在我國的身心障礙有關的福利法規，均有明文規定必須援助身心障礙者自力更生，並應給予必要之保護。增進以安定生活為基礎的福利，這就是身心障礙者福利的目的。所以我們必須保障身心障礙者過著有尊嚴的生活，如此才是身心障礙者福利的基本精神也是其基本概念。

第二節　身心障礙者福利的意義與發展

一、身心障礙者福利的意義

所謂身心障礙者福利（Welfare for the Mentally and Physically Disabled）是指為謀求身心缺陷或受限制之損傷（impairment）而失能（disability）致使無法發展（發揮）其潛能或獨立生活的障礙（handicap）者，所推行的福祉，如維護其權益，重視其就醫、就養、就學、就業，甚至於無障礙生活環境以及基本人權（含考試、教育、工作、生活保障等權利）等之福利事業而言。所以其意義包括狹義和廣義二意義，前者是只指以具有身心障礙者身分而領有身心障礙者手冊為對象，所推行的經濟（含所得、年金）、醫療保健、家庭服務（在宅服務）、收容保護、人權保障、就業（含創業）、教育等等之福利服務措施而言。而後者是指以所有的身心障礙者為對象，所推行的身心障礙福利設施、醫療保健、創業、雇用、年金、所得保障、教育、介護（照護）、結婚、社會環境之適應（含無障礙環境）以及預防身心障礙者之產生

等等之福利服務措施而言。

二、身心障礙者福利之起源與發展

（一）國外

18世紀瑞士的Jean Andre Venel創設矯（整）形（矯治）外科，並設立診所為跛足（腳）及畸形者作矯治，是開創西方身心障礙者福利之先驅。到了19世紀有些救濟院所之福利機構兼收身心障礙者，同時也有少數專門收容肢體殘障兒童之兒童之家。

1863年美國紐約創立一所肢體殘障兒童及骨折者之醫院，收容肢體殘障兒童與骨折者。

1908年美國Russell Sage Foundation及紐約慈善組織會社聯合創立「殘障局」作為研究及設置智障、聽障及視障等兒童教育活動項目之場所。不過在第一次世界大戰後至第二次世界大戰之間，美國身心障礙者福利措施是著重在國民身體之復健與職業重建等事業。

1965年先進國家的身心障礙者福利服務，不但已擴及到重度障礙者的照顧，而且也積極設置無障礙環境、庇護工廠、復健中心、療養設施、復健醫院以及公共衛生中心等等；同時在社會安全制度之「醫療救助」方面，也已擴及到身心障礙的老人之服務。到1970年英國通過「重度與身心障礙人口法案」（The Chronically Sick And Disabled Persons Act）。而在1974年美國也在社會安全制度中增加身心障礙福利服務事業，及公共救助的低收入者（貧民）福利，每月發給低收入者生活補助津貼。

1980年先進國家的身心障礙者福利均已擴展到後天的身心障礙者福利服務。

1990年以後，先進國家都很注重身心障礙者的社會重建、社會復歸、獨立生活技巧之訓練、就業與創業以及發現早期療育與身心障礙預防等的福利措施。2001年世界衛生組織大會(WHA)通過國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)。

從身心障礙者福利發展來看，自1900到2006年前後，先進國家因人道主義與民主思潮的關係，除重視身心障礙者的教育，積極實現教育機會之均等外也極重視其各種社會權。

1989年美國特殊教育學者Kirk & Gallagher將西方身心障礙者福利的演進分為四個發展階段：

1. 摒棄階段：因經濟負擔、宗教與迷信、社會安全的威脅等因素產生恐慌而把身心障礙者丟棄。
2. 漠視階段：17世紀因個人主義與達爾文的優勝劣敗的觀念之影響，故身心障礙者常被淘汰。
3. 救濟階段：救貧精神、教會與民間慈善組織設置救濟機構收容身心障礙者。
4. 教育與福利階段：1900至2006年前後因人道主義與民主思潮發展，不但重視身心障礙者的基本人權而且也非常重視身心障礙者的教育機會之均等。

不管國內或國外，身心障礙者福利的演變過程為：1.慈善事業－同情或積善，2.慈惠事業－當作政府的仁政，3.社會問題遏止事業－防止貧困、犯罪、乞丐等的社會問題發生而推行教化事業，4.社會事業－身心障礙者福利之合理化、客觀化、制度化、科學化，5.福利事業－專業化、效用化，開發身心障礙者潛能即天生吾才必有用專業教育與訓練事業。

（二）國內

1. 光復前身心障礙者福利思想與制度

（1）禮運大同篇廢疾安養思想：「矜寡孤獨廢疾者，皆有所

養」的殘廢與疾病之安養。（2）保息六養萬民之政：一曰慈幼、二曰養老、三曰賑窮、四曰恤貧、五曰寬疾、六曰安富。其中恤貧寬疾與身心障礙福利有關。（3）九惠之教：管子「入國篇」，入國四旬五，行九惠之教，一曰老老、二曰慈幼、三曰恤孤、四曰養疾、五曰合獨、六曰問疾、七曰通窮、八曰賑困、九曰接絕。其中養疾、問疾與身心障礙福利有關。（4）度田之制：舊唐書「武德七年，始定律令以度田之制，……篤疾、廢疾者於四十畝……」此廢疾者即今之身心障礙者，給田畝即如今之居家生活補助或傷殘津貼。（5）悲田養病坊：此為唐朝養老、殘機構，唐武宗時將寺廟之田分配給養病之悲田養病坊（史習禮，1990），此為老人、身心障礙者就養之福利。（6）福田院、居養院、漏澤園：宋朝沿唐代舊制之悲田院改為「福田院」收容幼、老、廢疾者及「居養院」收容鰥寡孤獨廢疾貧困不能自存者。同時設立「漏澤園」收埋老弱廢疾者死後無力為葬而代為掩埋之處。上述設施均為身心障礙者福利。（7）安濟坊與安樂坊：此為一醫療、養濟兼備之社會福利機構，安濟坊是官辦，安樂坊是官督民辦。不論安濟坊或安樂坊其與身心障礙福利有關。（8）養濟院、普濟堂：清代在本省設立養濟院七所、普濟堂三所，除收容老弱等者外均有兼收身心障礙者，尤其彰化養濟堂是以收容痲瘋及殘障者為主的福利設施。（9）恩賑：各朝代遇國有慶、災害以及其他發生大事件時，由皇帝詔告天下減賦稅輕勞役，給民以食或藥物等等，稱為恩賑。如新元史記載：「元朝中統元年時，詔天下鰥寡孤獨廢疾，不能自存之人，命所在官司以糧贍之。八年令各路設濟眾院，以居貧民，敕諸路鰥寡孤獨廢疾不能自存者，官給盧舍薪米

等。」，除元朝以外，明、清時也有這樣的身心障礙福利措施。（10）惠安藥局：為元代醫療保健機構，是公辦如今之公立醫療機構。由官方經營聘請醫師來治療貧民及身心障礙者，實為一身心障礙者福利機構之一。（11）普仁堂：清代社會事業之一是對身心障礙者或其他不能自贍者給予贍養之機構（劉曉秋，1995）。（12）五善政策：1941，社會部提出「五善政策」，即善種、善生、善養、善教、善保。善種注重優生預防不良遺傳，善生除先天良好遺傳之外還要生產前後之保護，善養使兒童有良好營養與健康的身體，善教即培養兒童有健全人格與獨立謀生的技能，善保即保護兒童權益與正常成長。

日據時代把清代各地的福利機構，如養濟堂、普濟堂、棲流所、育嬰堂等之合併為七個公立慈惠院，是綜合性救濟兼辦理身心障礙者或貧民施醫服務機構。1945年台灣光復以後，把慈惠院改為「救濟院」，尤其新竹習藝所是一個給老人或癈疾者職業訓練及促使其自力更生的地方。迄1976年除台北市外，台灣省政府為因應社會需求，把各公私立救濟院改為「仁愛之家」做為專門收容老人的福利機構，而從此以後才嚴格依收容的對象把兒童、身心障礙、老人分別收容於兒童、身心障礙者、老人等的福利設施之育幼院、教養院或仁愛之家、療養院等機構。

2.光復後身心障礙福利之政策與立法

1980年中央政府頒訂「殘障福利法」（後改為心身障礙保護法），使我國身心障礙福利事業更邁入新的境界。

1981年以後，身心障礙服務才擴及到「醫療復健、社會保險、職業介紹、教育與日常生活技能訓練」等之福利工作。

1985年殘障福利法修正，增加：（1）重視就業、就醫、就養，（2）重視人權，（3）無障礙環境，（4）社會保險，

（5）輔具之補助或免費安置等。

1990年，殘障福利法大幅修正如：（1）放寬「殘障類別」範圍，（2）更具體維護殘障者合法權益，（3）增列殘障者及其撫養照顧者之稅賦減免，（4）強制定額僱用，（5）創造無障礙生活空間（環境）改善公共設施。

1993年殘障（身心障礙）福利相關之社團迅速地發展。

1995年修正殘障福利法第三條，將部分精神病友的福利納入殘障福利法。

1997年修正殘障福利法，並更名為「身心障礙者保護法」。

2007年修訂身心障礙者保護法，並更名為「身心障礙者權益保障法」。

第三節　身心障礙者福利的重要

一、身心障礙者福利對社會的意義

身心障礙者福利最主要的重點是探討身心障礙發生的原因或其對社會的意義，如何去應對，有那些保護型態、矯治復健的方法及如何促進身心障礙者的自立等。不過理想與現實往往有距離，雖然1981年國際殘障（身心障礙）年的行動計劃主題是「完全參與及平等」，這可說是當時世界各國推行身心障礙者福利的指標。但是一般正常的人或可獨立自主，適應社會及參與社會各種活動而自我實現，而身心障礙者常因一部分肢體或心智障礙卻無法實現。所以實際上與上述的理念相悖或與上述原旨相反的現象者一定不少。現在我們的社會以追求功能，功利主義價值為優先，只重視能力及經濟效率的管理社會，使憲法所規定的基本人權蕩然無存。尤其國內對身心障礙者有偏見，認為障礙就是殘廢無用，這種根深蒂固的刻板印象，使身心障礙者，走過的是一部悲哀、悲慘的歷史。雖有一部分被宗教團體或慈善家救助保護，近代

甚至有教育或醫療方面的照顧，進步不少，但是過著被遺棄、殺害、虐待、嘲笑玩弄等殘酷事實都是身心障礙者必須承受的命運。雖然如此，第二次世界大戰以後，文明先進國家，確實越來越關心身心障礙者，而將其視為一個人來對待，不但用法律來保障其生存權利，也認為保障身心障礙者是理所當然。我國受到美、英、日等先進國家的身心障礙者福利觀所影響，於1980年頒訂「殘障福利法」，1997年改為「身心障礙者保護法」，至2007年又改為「身心障礙者權益保障法」，顯示我國日趨重視身心障礙者福利，而不斷向前邁進。

二、身心障礙者福利其重要性可分為：

（一）保障生存權：1.就醫方面：如遏止或預防身心障礙者的產生，早期發現早期治療減輕個人的痛苦、提高身心障礙者的醫療保健品質與實施醫療健康保險保障中、重度身心障礙者居家護理、醫療費用補助或減免等。2.就養方面，如成立身心障礙養護系統、增設各類別身心障礙者收容機構、提高專業服務品質、普遍推行社區照顧業務、急難救助與家庭生活補助、提供免費或平價住宅等。

（二）保障工作權：公、民營企業定額僱用身心障礙者、普設庇護工廠、加強身心障礙者職業訓練與就業輔導、拓展及開發障礙者職業種類、建立全國身心障礙者就業服務資訊網等。

（三）保障社會參與權：參與各種社會活動、交通、學校、遊憩、國宅、各政府機關、工作場所等之無障礙生活環境等等。

（四）保障教育權：早期發現早期療育、輔助身心障礙者就

學、培養特殊教育師資與專業工作人員、巡迴居家輔導、提供交通工具、普遍推行矯治培育自立更生技能等等。

（五）保障其他基本人權：如保障身心障礙者之考試權、基本生活保障權、社會福利權等等。

（六）減輕家庭負擔：家有身心障礙者實一大困擾，尤其重度或雙重多重障礙者，不但要照護（介護）與照顧，而且也須花不少醫療費用，因此，若能推展理想的身心障礙者福利，不但可減輕家族精神或肉體上壓力，而且也可減少不少醫療或機構照顧費用。

（七）促進社會安定進步：身心障礙者福利，若可加強或整合家庭或社區的資源，不但可減少國家社會照顧身心障礙者之教、養等之經費，而且也可促進家庭或社區居民的充分參與而減少社會問題，促進社會安和樂利與進步。

第 2 章

身心障礙者福利課題與理念

第二章　身心障礙者福利課題與理念

第一節　身心障礙者福利之課題

一、身心障礙者福利的具體內容

（一）促進身心障礙者在社區過著共同生活

盡量以社區照顧方式，或身心障礙者收容機構參與社區日間照顧或以在宅服務方式，使身心障礙者在社區或在宅接受必要之服務，不但可在家過著快樂生活，而且也可與社區居民一樣過著共同生活。

（二）促進身心障礙者自立更生

以早期發現早期治療及矯治以及各種特殊教育來促使身心障礙者有自立更生的機會。

（三）促進身心障礙者之生活競爭能力

有各種特殊教育或訓練機會，促進身心障礙者相互模仿相互比較，以及與他人競爭的機會。

（四）提升身心障礙者生活品質

以各種特殊教育或訓練來增進身心障礙者的謀生自立更生能力，提升其生活品質。

（五）確保身心障礙者生活安全

積極推行無障礙環境，如紅綠燈信號以音樂、手摸手語、手勢（語）標記（badge）裝設，方便盲、聾者穿越馬路之方便，及身心障礙者方便報案的設備，以及災害時的障礙者援救（求救）的各種通知或救援人員的配置等，以保障身

心障礙者的日常生活安全。

（六）消除身心障礙者的心理障礙

如推行身心障礙者教育交流與鼓勵或振興身心障礙者參與志願服務活動、糾正對智障者的社會性誤解或偏見等。

（七）加強身心障礙者福利之國際協助與國際交流

依國際肢體與智障者之權利宣言，全面擁護身心障礙者的權利，世界各國應具體行動，積極參與「國際身心障礙者年的行動計畫」之政策，相互協助、交流，促進身心障礙者福利之發展（江亮演，2002）。

二、身心障礙者福利之重要課題

（一）確保身心障礙者之居住與工作場所

依身心障礙者的實際需要，設立或落實有關福利設施與福利事業如：

1. 設置身心障礙者團體之家（group house）、福利之家，提供理想居住環境之住居。
2. 設立身心障礙者授產機構、庇護工廠，提供身心障礙者工作就業的場所與機會，以保障其所得與經濟生活安全。
3. 設置小規模（小型）工作場所，並充實或補助此小型工作場所（工廠），以利偏遠（避）地區或離島之身心障礙者工作就業。

（二）身心障礙者自立更生之社區支援

1. 身心障礙兒童之社區療育體制：建立健全身心障礙兒童能安心成長之社區療育體制如：

（1）重度心身障礙兒童日間照顧（日托）事業。

（2）健全發揮全國身心障礙兒童療育設施網路之功能。

2. 促進智障者社會復歸：健全社區社會復歸或身心障礙福利基礎，促進退院（醫院）者社會復歸，含團體之家及授產設施之身心障礙者如：

（1）智障者生活訓練設施（授產設施）。

（2）智障者社會適應訓練事業。

（3）智障者日間照護設施（社區日照護）。

3. 實施社區身心障礙者生活支援事業：設置推展身心障礙者生活諮商，以及促進身心障礙者社會參與事業等如：

（1）社會支援事業：如推展身心障礙兒童療育、智障者的社會復歸以及身心障礙者的綜合性諮商與生活支助等。

（2）社會參與事業：促進身心障礙者的社會參與等。

（三）充實（落實）身心障礙者之照護（介護）服務事業

1. 在宅服務：因應身心障礙者之需要，提供必要之服務如：

（1）在宅一般或照護服務。

（2）短期照護（介護）即含機構短期收容或社區日間照護之喘息服務。

（3）社區日間照顧，含托老、日間照護等服務。

2. 機構（設施）：為減少等待進入收容機構之身心障礙者，應增設有關福利機構如：

（1）肢體障礙者療護（療養）設施。

（2）心智障者更生設施。

3. 難病患者照護服務：推行關連措施之在宅服務等事業，提供必要之適當照護服務。

（四）促進身心障礙者僱用事業

1.全國重度身心障礙者僱用所關的企業之獎勵。

2.硬性規定僱用中度、輕度身心障礙者之比例，即機關、學校、團體、企業等應依規定僱用身心障礙者。

（五）促進無障礙環境之改善

1. 道路，尤其行人道之無障礙環境設施。
2. 公共設施如：新大樓、各類車站、百貨公司等等公共場所，應設置身心障礙者專用電梯、走道等等無障礙設備。
3. 新設置業務窗口之政府機關單位均應設置無障礙環境。
4. 高速道路、鐵路等之收費站或車站以及主要道路之加油站，休息站等必須有無障礙之身心障礙者專用廁所或停車位等等設施。
5. 全國警察機關須有受理身心障礙者緊急通報之設備（江亮演，2002）。

第二節　身心障礙者福利的理念

一、聯合國的身心障礙者福利理念

（一）世界人權宣言

1948年世界人權宣言當中與身心障礙者福利有關的條文有：第1條「所有人類生而自由並擁有尊嚴與平等的權利，人類是有理性與良心，非以相助同胞的精神去行動不可」。

第25條「所有人類依自己及其家族的健康與維持一定生活水準之需要，有享受衣、食、住、醫療及必要的社會福利設施，以及保障其在失業、疾病、身心障礙、配偶死亡、老齡與其他不可抗力致生活困難時，有接受救助之權利」。

（二）身心障礙者權利宣言

1. 1971年聯合國為保護殘障者（身心障礙者），尤其較易受到人權侵害的心智障礙者權利，通過「心智障礙者權利宣言」。
2. 1975年聯合國通過含心智障礙者權利宣言之所有殘障（身心障礙）者權利之「身心障礙者權利宣言」。此權利宣言當中第3條「身心障礙者具有人類尊嚴，生而受人尊重的權利，不論其障礙原因、特質及程度，均與同年齡之一般國民同樣具有同等的基本權利」。

（三）國際身心障礙年

1975年身心障礙者權利宣言後，在1976年舉行總會，決議通過1981年為「國際身心障礙年」。倡導身心障礙者有「機會均等、全面參與」的權利，並協助其追求生理、心理的社會適應；給予職訓、關懷與指導等服務以促其生活正常化。

（四）聯合國國際身心障礙年行動計畫

聯合國1981年在其國際身心障礙年之行動計畫中以「完全參與與平等」為其行動主題。

（五）國際身心障礙日

1992年10月宣告「每年12月3日為國際身心障礙日」籲請各國採更積極的行動關心身心障礙者公平生活的問題，確保其人權受到合理尊重。

（六）身心障礙之基準

國際身心障礙判斷基準為：

個人特質的損傷（impairment）所引起的機（功）能性障礙（disability）結果成為障礙者（handicap）。

二、正常化

（一）正常化（normalization）理念的誕生

1950年瑞典、瑞士等國家最先提倡「正常化」概念。到了1959年時，瑞典才把此正常化概念用在身心障礙者福利法上。

（二）正常化的原理

正常化是使所有「身心障礙者的日常生活模式或條件」，接近一般社會環境或生活方式、方法；同時其個人或其家族所住的住宅或受人尊敬以及公平交流等等事項，都與其他一般人或家庭一樣，並無差別。

（三）美國的去機構化（脫設施化）政策

1969年美國總統召開身心障礙者白宮會議，收集去機構化有關資料文獻，提供作為擬訂有關政策。

1970年提倡並推行大規模身心障礙機構轉型為小規模身心障礙福利機構等之「身心障礙者自立生活運動　」。

（四）正常化新階段

1971年國際身心障礙者權利宣言是等於尊重人權，而去機構化等等的設施（機構）處理，即是所有人類共同的理念，這些理念不但是身心障礙者之福利，而且還包含著高齡者（老人）、兒童等等一切社會福利共同的基本觀念。

（五）正常化、社會改革運動

早期以機構收容為主軸，但從第二次世界大戰以後，尤其自1970年以後，由於各種因素致使身心障礙者增加，期待進入機構者大增，收容機構無法滿足身心障礙者的需求，因

此，1980年以後各國，尤其先進國家推動身心障礙者在宅服務及社區照顧，促進推展身心障礙者在宅服務或在地老化的運動（江亮演，2002）。

三、我國身心障礙者福利或權益保障的理念

我國針對身心障礙者的福利提供，已轉向權益保障的理念來實施，現行「身心障礙者權益保障法」的立法宗旨，乃為維護身心障礙者之權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展。依該法的規定，身心障礙者之權益包括：保健醫療權益、教育權益、就業權益、以及享有支持服務、經濟安全、保護服務等權益。以下茲從該法內容，來扼要呈現我國身心障礙者福利或權益保障的理念。

我國現行的「身心障礙者權益保障法」規定身心障礙者福利或權益的各章及相關法條內涵大致如下：

（一）保健醫療權益

該法第二章規定身心障礙者之保健醫療權益，第21條規定：中央衛生主管機關應規劃整合醫療資源，提供身心障礙者健康維護及生育保健。直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦身心障礙者健康檢查及保健服務，並依健康檢查結果及身心障礙者意願，提供追蹤服務。

（二）教育權益

該法第三章規定身心障礙者之教育權益，第27條規定：各級教育主管機關應根據身心障礙者人口調查之資料，規劃特殊教育學校、特殊教育班或以其他方式教育不能就讀於普通學校或普通班級之身心障礙者，以維護其受教育之權益。各級學校對於經直轄市、縣（市）政府鑑定安置入學或依各

級學校入學方式入學之身心障礙者，不得以身心障礙、尚未設置適當設施或其他理由拒絕其入學。

（三）就業權益

該法第四章規定身心障礙者之就業權益，第38條規定：各級政府機關、公立學校及公營事業機構員工總人數在三十四人以上者，進用具有就業能力之身心障礙者人數，不得低於員工總人數百分之三。私立學校、團體及民營事業機構員工總人數在六十七人以上者，進用具有就業能力之身心障礙者人數，不得低於員工總人數百分之一，且不得少於一人。

（四）支持服務

該法第五章規定身心障礙者享有之支持服務，第50條規定：直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，提供身心障礙者獲得所需之個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自立生活：一、居家照顧。二、生活重建。三、心理重建。四、社區居住。五、婚姻及生育輔導。六、日間及住宿式照顧。七、課後照顧。八、自立生活支持服務。九、其他有關身心障礙者個人照顧之服務。第51條規定：直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，以提高身心障礙者家庭生活品質：一、臨時及短期照顧。二、照顧者支持。三、家庭托顧。四、照顧者訓練及研習。五、家庭關懷訪視及服務。六、其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

（五）經濟安全

該法第六章規定身心障礙者享有之經濟安全，第70條規定：身心障礙者經濟安全保障，採生活補助、日間照顧及住宿式照顧補助、照顧者津貼、年金保險等方式，逐步規劃實施。第71條規定：直轄市、縣（市）主管機關對轄區內之身

心障礙者，應依需求評估結果，提供下列經費補助，並不得有設籍時間之限制：一、生活補助費。二、日間照顧及住宿式照顧費用補助。三、醫療費用補助。四、居家照顧費用補助。五、輔具費用補助。六、房屋租金及購屋貸款利息補貼。七、購買停車位貸款利息補貼或承租停車位補助。八、其他必要之費用補助。

（六）保護服務

該法第七章規定身心障礙者享有之保護服務，第74條規定：傳播媒體報導身心障礙者或疑似身心障礙者，不得使用歧視性之稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽人對身心障礙者產生歧視或偏見之報導。第75條規定：對身心障礙者不得有下列行為：一、遺棄。二、身心虐待。三、限制其自由。四、留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境。五、利用身心障礙者行乞或供人參觀。六、強迫或誘騙身心障礙者結婚。七、其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為。



第3章

身心障礙有關理論

第三章　身心障礙有關理論

第一節　社會觀點理論

有人類就有身心障礙者的問題存在，不過由於人類社會與文化的不同，其對兒童或身心障礙者或老人的意義或所賦予的價值以及身心障礙者或老人所遭遇的對待也不一樣。例如早期的日本、北極的愛斯其摩人有把老年家族放置荒野任其自生自滅，台灣早期的原住民生下嬰兒後會在溪流洗嬰兒，一旦發現身心障礙嬰兒者就將嬰兒投入溪流中任其漂流；而早期台灣的漢民族也常把剛出生的身心障礙嬰兒以女用馬桶淹殺，或把障礙者關起來，怕他人知道，以免丟臉等等現象。不論如何自古以來，身心障礙者遭受到不公平的抵制、歧視以及社會放逐、疏離等之命運是比一般人多得很多。這可歸納為經濟生產其社會價值的原因，前者是身心障礙者謀生能力，無法與一般人一樣勞動生產，家族怕無能力扶養等等；而後者是恐對其家庭的社會階級、人際關係的影響，尤其早期民智尚未充分發達時代，一般社會都認為是因果報應，前世或上代缺德才會出生或產生身心障礙者，或認為身心障礙子孫會影響到其在社會上的聲望、身分、地位等等的社會價值體系。

一、道德論（moral discourse）

未開化社會時期的部落充斥著自然或精靈崇拜，對身心狀態與一般人異常者，均認為與神靈的力量有關，如新石器時代認為身心障礙者是精靈的附身，若認為此精靈是惡靈邪靈時，會把「被附身者」的頭骨上鑽洞驅邪惡之靈（Albrecht, 1992）。一直到中古世紀，對精神疾病患者的治療

仍不脫離宗教的「驅魔」儀式。很多社會文化把身心障礙者，不但認為是「邪靈惡靈附身」，而且也認為是代表污穢、不潔、罪惡而認同「犯罪」，如古希伯來人把身心障礙者認為是邪靈附身，而視同或象徵「罪人」。在舊約聖經中明言祭祀用的牲畜不可有殘疾家畜，身心障礙者或身材短小者不能擔任祭司或教士（余漢儀等，2001）。

Livneh（1980）認為西方文化之所以排拒身心障礙者還有另一原因，就是西方文明所立基的猶太基督思維宣稱人是照著上帝的形象塑造，較其他動物優越，然而身心障礙者卻提醒了一般人看到人類與動物世界的聯結，及人類易於犯錯的事實。

上述不論是身心障礙的現象被視為鬼魔附身或是犯罪的說法，都認為是當事人的道德有瑕疵或靈性不夠，和當時的宗教信仰極有關係（余漢儀等，2001）。

二、疾病篇（disease discourse）

1601年英國伊利莎白女王的濟貧法（the poor Laws），其特色是把窮人區分為「值得幫助」（deserving）與「不值得幫助」（nondeserving）二種，而身心障礙者雖然被歸類為前者，但其「院內救濟」卻是將生病的、身心障礙者、無依的老人及失依的小孩都放在同一機構內混居。到了18世紀後期才進入重視理性，科學的啟蒙運動（the Enlightenment）時期，並樂觀地認為人類或可趨於完美；身心障礙被視為生物學上的問題，或可透過專業人員的介入獲得治癒。或不能治癒，至少身心障礙者也能經訓練後，以社會較能接納的方式來從事社會或職業活動（Mackelprang & Salsgiver, 1996）。19世紀中葉，醫療科技發達，尤其X光的使用，讓醫療人員對顱內出血、脊椎損傷、小兒痲痺及多重硬化症等疾病有更多瞭

解（秦文力，1999）。19世紀末達爾文主義（Social Darwinism）及優先學（Eugenics）。前者是主張生物的自然淘汰、優勝劣敗、適者生存的理論應用到人類方面；而後者是強調先天遺傳的重要，鼓勵「社會期望」的個人繁殖，而抑制「社會不期望」的個人繁殖，以免身心障礙者造成社會負擔與威脅。同時專業人員對自己是否能使身心障礙者康復也失去信心，而天生就沒有生產力，所以也就沒有價值。因為自然律註定身心障礙者命運，任何介入都沒辦法改變，因此主張強制結紮或禁止婚嫁，如此才能遏止優生學者所擔心的「不良後代」的繁殖發生。在此19世紀後期，身心障礙者收容的大型機構也愈來愈多，雖說是身心障礙福利的發展不如說是加強對身心障礙者的一種監控與管制來得恰當。但大型收容機構常常因設備或室內之通風，光線以及衛生條件不佳等等更成為一些疾病的溫床（余漢儀等，2001）。

英國從1601年到1871年的濟貧法為止，除了精神錯亂或瘋狂者（insane）外，官方是不能違反當事人的意願而強制收容。但在1845年立法之前對「瘋狂」之認定是由地方官員（非專業人員）擔任，從1845年立法後才改由「醫師」才能認定是否是「精神疾病」（mentalillness）。如此改變是因當時的醫師堅持認為所有精神疾病都有其生理上的成因，也只有醫師的醫療處方才能醫治；另一方面醫師也想爭取民間或公共機構的主控權（Scull, 1984）。因為只要診斷為「精神疾病」，即使其個人不願意，醫師也能強制其「入院治療」，甚至是轉院，醫師仍然有主控權。所以在1991年Barnes認為1845年可視為一個邁向專業的里程碑，從此醫療專業就對「身心障礙者」（disability）的各方面有充分掌控權。到了20世紀，醫療事業的影響雖逐漸加強，但對身心障礙處遇卻未隨著科技、專業的發展而受益，父母若家有身心障礙孩童者，

都會認為是奇恥大辱，不願他人知道，不是將其長年的匿藏在家中暗處，就是把他（她）送到遙遠的收容機構收容，而這種作法常常是由專業人員所建議，尤其後者。優生學常狹帶著統計，科學的外貌，而再次強化傳統的神話，如舉凡生理、心理的傷殘、犯罪、失業及其他社會問題人物都與基因遺傳有關。特別是20世紀以後，在歐美流行智力（IQ）測驗，並宣稱智力是天生的，而大多數的傷殘者是無法教育甚至無法訓練，這種說法並不是很正確，但是今天「智力測驗」卻成為用來區辨「正常」與「異常」的工具。優生學雖是第二次世界大戰時德國希特勒用來作為計畫性屠殺猶太人及身心障礙者的依據，但其影響至今仍然存在，其核心理念未變，只是加上更多包裝，特別是醫技炫目的外衣，對我們生活是無遠弗屆的影響。醫療化（medicalization）使人類生活各層面逐漸被貼上各式的醫療標籤，即使原本是自然的生理過程，現在也難脫離醫療藥劑的監控，尤其原本不符合社會規範的行為卻被轉化為醫藥病理的問題。其實有些社會問題並非醫藥專業範圍內，如身心障礙現象被醫療化即是一例。不過因醫療論述與先進的生物科技結合，在現代生活中具有說服力，也是流傳最為深遠的一種理論（余漢儀等，2001）。

三、平等機會均等論（Equal opportunities Movement）

1948年世界人權宣言當中第1條，所有人類生而自由並擁有尊嚴與平等權利。1975年身心障礙者權利宣言…不論其障礙原因…均與同年齡之一般國民同樣具有同等的基本權利。到了1960年代西方先進國家的消費者、各種弱勢族群等等屬以有組織、有目標而積極動員來推動爭取他們權益的民權社會運動。其自助團體（Self-group）就是強調同是「過來人」

應聚集起來互動互助，是對現有的社會制度不滿足所發起的社會團體。這些團體是具有賦予權力的充權（empowerment）、案主自決（self-determination）、相互性（mutuality）、非商品化（non-commodity）協助、小型化、反科層、經驗智慧（experiential wisdom）及成員兼具服務提供者(provider)及消費者(consumer）的雙重身分等特質。到了1972年在英國組織第一個身心障礙團體「反隔離肢體傷殘組合」（union of Physically Impaired Against Segregation，簡稱為 UPIAS），是完全由身心障礙者所掌控的團體。該團體曾試圖接收那些以身心障礙福利為名，但不是由他們主導的機構。在政府擬訂「平權機會」（equal opportunities）立法之時，他們也積極參與，並嘗試影響資源之分配與建立服務的模式（Leach, 1996）。1975年身心障礙者權利宣言後第二年的1976年舉行總會，並決議通過1981年為「國際身心障礙年」。1982年聯合國在其國際身心障礙年之行動計畫中以「完全參與與平等」為其行動主題。

平權機會運動則代表身心障礙者要求與其他公民一樣的機會，訴諸他們的「公民身分」（citizenship），要求平等參與、作決策的機會。自助團體的出現更是直接挑戰專業服務的效果，身心障礙者希望和專業人員是平權的夥伴關係，而非傳統被視為依賴、被動的病人、案主（余漢儀等，2001）。

四、社會模式（social model)

特定個體的生理限制、轉移到物理及社會環境所加諸在他（她）身上的限制方式；認為調適是社會的重要問題，而非身心障礙者個人的責任。整個社會願意調整多少的模式與期望，以包容接納那些身心障礙者？又願意移去多少加諸在他（她）身上的各種障礙？「生理上的損傷」與社會情況所

稱的「失去功能」之間的差異是應該瞭解。生理損傷或殘缺如肢體部分或全部之欠缺，或不完整的肢體與器官或身體機能；而失去功能（機能）是指生理與心智上的損傷或殘缺所引起其身心方面功能（機能）之喪失，而使其無法充分獲得參與社會活動之機會，造成其在活動上的不利或限制，形成一種特殊形式的社會壓迫。不過社會上常把身心障礙者視為倚賴、無法獨立的看法，其實不是因他（她）們的生理、心理上的限制而無法工作，是因為現代生產組織的方式，即資本主義的工作是以追求最大利潤為目的，尤其是大規模企業便會把身心障礙者排除在生產過程之外，而篩選「健全」的個人進入其生產體系內。所以「社會模式」不再視身心障礙者有毛病，重點是從身心障礙的團體移轉到環境，尤其工作環境，當身心障礙者不能操作某項工作時，則歸因於建築物設計不合適、別人不切實際的期望、或是生產組織的方式不良等等。其實「社會模式」也正挑戰這種一元化或主流派的偏好，因社會成員並非同質的，但我們的各式生活用品設計卻是單一模式，只適合「健全」的成員，而其中可能又混雜著性別、種族、年齡的偏好，很多設計可能是依據某些種族、年齡、性別的生活經驗而來，但卻被認為是「標準」（standard），合乎標準就是正常（normality），否則就是不正常（abnormality）。所以，身心障礙福利為滿足個人需求，常常透過社會個案工作來解決個人的問題，除此之外，也不時利用社會團體工作方法，透過團體動力，製造一個治療的環境，使個人及家庭成員都能接受身心障礙者的存在；同時團體也可當作資訊中心，提供相關福利資訊；甚至於成為自助的基礎，給團體成員自信，讓他們了解他（她）們的「障礙」並非來自個體的「缺陷或失能」，而是由於社會的不適宜之組織安排所造成。個體模式轉換到社會模式主要是由於他們自

助團體的努力和專業人員的協助之故。余漢儀教授，2000年（民國89年）針對台灣的精神病患家屬團體之研究，發現團體創立時雖都有家屬背書其正當性，但實際上其運作未必由家屬主導，嚴格說來屬於家屬自助團體者只有四個，而其中開放讓精神病友參與為會員者少而又少。就精神病友而言，目前只有「中華民國生活調適愛心會」是由恐慌症病友所組成，其他較為活躍的身心障礙權益倡導團體大多是屬於家屬及專業人員組織，其中又多是專業人員主導，所以台灣的身心障礙者自助團體之發展仍在起步階段；同時許多關於身心障礙的理論還是停留在「個體模式」，無法從「個人缺陷」來移到「社會障礙」的觀察，以致於對身心障礙者的服務設計可能也是一廂情願（余漢儀等編著，2001）。

第二節　影響家庭理論

一、影響家族論

一般家庭的成員，尤其父母都盼望生產健康理想的小孩出來，一旦生出來的嬰兒有明顯的「缺陷」，如肢體殘缺、或智能不足等的情形時，或多或少都會受到打擊，不但失望而且會影響「親子聯結」（bounding）過程。若能早期發現早期治療，仍須安排父母參與以及強化家庭聯結；若先天失能無法早期發現，可能會延遲就醫，對身心障礙個人或家族，尤其父母的損害就很大，而對整個社會也有不少損失。因此，父母、醫療機構的醫護人員，甚至於幼稚園老師以及國小導師等都負有早期發現通報，而以便早期治療矯治的責任，特別是父母更應留意自己子女的身心健康問題，一旦發現異常應立即送醫矯治（江亮演等編著）。

在東方文化中母親又比父親，對生有障礙兒承受更大的

壓力（馬家蕙，1995），充滿道德譴責的烙痕（Stigma）。余漢儀教授，1998年研究認為身為生產的母親在這種社會與親族壓力下，通常充滿了罪惡感和內疚，而後就理所當然的一肩挑起對身心障礙兒女照護的重擔，而台灣現有的身心障礙家屬團體中，母親為會員的比例遠高於父親，似乎是個見證。

先天身心失能小孩，4－5歲懂事以後會察覺到自己和別人不同，同伴能作的事他卻有困難，或者是別人異樣的眼光時，他就會瞭解其社會意涵。通常如肢殘或心臟病等似乎較單純，但若涉及認知、溝通障礙或外貌傷殘者，那對孩童的自我形象的影響就較複雜。所以家人在此時更須一路陪伴孩童之成長與學習，促進其生活適應。若屬後天的身心障礙，如出生時難產缺氧或車禍傷殘或小兒痲痺症以及其他因病或家中意外事故等所引起的身心障礙子女者，父母的壓力更大，會對自己無細心照顧自責而可能一輩子都不能原諒自己而內疚。

有些身心障礙是累進的（progressive），這對家人及當事者都是殘酷的，有時難以面對此事實，如罕病等孩子逐漸喪失更多功能，需要愈來愈多的照護，最後是死亡，家人或許會覺得沮喪而一切徒然枉費，家屬自助團體可藉過來人經驗分享，支持以發揮安慰的作用。

二、父母生活論

身心障礙成員除對家庭成員有可能造成不少壓力與破壞家族關係，主要是因為身心障礙者有高度的照護需求，常常住院沈重甚至拖垮家庭經濟的財務負擔。由於醫療健康保險常與就業相關聯，雖有全民健保也不易保障身心障礙者的健康醫療；特殊醫療照護方案和教育方案也不是隨處都有，為

了身心障礙孩童的生活，要遷移搬家幾乎是不可能。對年紀較大的身心障礙兒童而言，社區資源是愈來愈少，而父母的承擔卻是愈來愈多愈重。有些身心障礙兒童隨著年齡增高，長重致使居家生活照顧更形困難，有些進入青春期最需要同儕階段，卻只有父母為伴，甚至於有些不論多大，父母仍要為其個人的衛生清潔、梳洗、照顧飲食等工作。但父母逐漸年邁，擔心自己的體弱多病無法再照料，或父母死了以後誰能接手繼續照顧身心障礙的兒女？國內就為此問題曾發生多起父母帶著智障的孩子自殺事件。最近台北市發生父親在8個月前帶著智障女兒跳河自殺，而8個月後即2006年12月母親又帶著二位心智不很正常子女，只留下正常的一位兒子，同樣選擇在父親自殺的地點，跳河自殺。從這些自殺案件來看父母對身心障礙子女的失望以及承受社會各種歧視或好奇眼光之壓力，不是只因家庭經濟困苦而自殺，而是無法獲得正常資訊與正確的觀念，只想脫離父母與身心障礙者的痛苦，以免使自己身心障礙子女繼續受到社會壓力或承受痛苦或不願意拖累他人或社會，而想一走了之的作法（江亮演，2004）。

雖然身心障礙子女會帶給家庭，尤其是父母的壓力，但家族之間若有正確認識與溝通，加上充分的社會（社區）支援，家庭仍能維持整合，甚至能加強家庭的凝聚力（Murphy, 1983）。其實有照顧過身心障礙者的家庭成員是會改變其原先的價值觀，使他（她）們對別人的需要變得更為敏感。事實上有身心障礙成員的家庭，也並沒有比一般家庭呈現較高的離婚率，當然我們也知道離婚率未必是婚姻適應良窳的一個合宜指標（徐漢儀等，2001）。

三、影響手足論

一個家庭中，一個有特殊需求孩子的出現，會影響到他

（她）的兄弟姊妹，這雖然是近一、二十年來文獻上才有提起討論的理論（Powell & Ogle, 1985），但實際這種問題是自有身心障礙者問題就已存在。身心障礙孩子當然會佔去父母大部分時間及較多的家庭資源，所以，他（她）的手足常常會不自覺的努力競逐獲取父母的注意力。或許身心障礙的成因不明，而會對基因遺傳的疑慮，以致於其兄弟姊妹也擔心自己是否也有潛伏基因，影響到其婚嫁、生育以及就業。余漢儀教授在1998年，對台灣精神病友家屬的研究發現，家庭都有所顧忌，不願曝光站出來，原因是精神病在我們社會中仍被污名化，而大部分人仍認為精神病是家族遺傳，自然不只是患者個人福祉受影響，其他家庭成員也承受相當疑慮的眼光，可能會影響其交友及結婚。除非身為家屬，否則很難體會到面對社會歧視的難堪，身為專業人員，大約也只能協助家屬以他（她）現階段覺得自在的方式來參與社會各種活動（余漢儀等，2001）。

身心障礙家庭成員的照顧吸納大量人力，他（她）的兄弟姊妹有可能要分擔照護責任，彷彿代理父母，自己的社交活動有時會受到影響，有時也許成為其一輩子的負擔。有的家庭其手足是以叛逆的方式來回應家庭的危機，這正反映出他（她）們對家庭穩定不具安全感。有時父母對身心障礙的孩子和其他子女，不自覺地採取雙重標準的管教方式，如對身心障礙子女採較寬鬆原則，如此會使其他健康的子女感到困惑或不滿而進退失據，使其親子關係弄得更為惡劣。同時身心障礙者除有功能、行為、健康、生育及其他日常生活等等困擾外，也常因社會歧視及社區支援系統之不足而遭遇到社會拒絕。也因此，致使其家人，尤其是其父母和其本人以及其手足受到很大的影響。雖然有如此負面的影響，但若有足夠健全的社區支持與家庭成員，特別是手足的支援網絡

者，即家庭危機有可能在強大的社區關懷與家庭凝聚力之下變為轉機，使身心障礙兒童與其他兒童同樣的成長。

第三節　影響個人的理論

一、生理有關問題

（一）健康問題

健康（health）問題，因身心障礙者體能健康受到限制，免疫力低容易罹患呼吸道感染、過敏、代謝異常、皮膚病、心臟疾病、慢性疾病（糖尿病、腎臟病）、癲癇、便秘、牙週病、胃腸疾病、中耳炎、甲狀腺疾病、白血病等等的疾病，以及視力、聽力、語言障礙等的健康問題。由於身心障礙的關係常常有併發症現象，所以提供持續長期的醫療服務是很重要的工作。一般人常以為身心障礙者只須要是復健服務，其實其所需要的常常是不同專科如胃腸、神經、耳鼻喉、心臟內科、眼科、骨科、整型外科及營養諮商等的會診醫療（余漢儀等，2001）。

（二）生育問題

因身心障礙者除受到社會歧視之外，還有其身心障礙的基本因素，如至今少有唐氏症的男性生兒育女，而患有唐氏症的女性則大量降低其生育的可能。典型苯基酮症的女人懷孕會有近90%的機會生產異常如心智障礙，先天性心臟疾病的嬰兒，若在懷孕之前先以飲食治療控制，就會產生所謂的母方Pku，其生育能力很可能會隨著多重的先天異常及嚴重的中樞神經系統疾病等引發的症候群大大的降低，不過這種說法至今尚無明確的證據。雖然有些身心特殊者的生育問題是出自遺傳的異常，但很多是與個人個別性和社會性有關。身

心障礙狀況異質性高，也是有特例，是否適合生育可能要考慮其個別狀況。而身心障礙是否有足夠的社區支援以協助其為人父母，他們的孩子是否不會被社區以異樣眼光對待，這些其實都不是他們能決定的，必須視所生活的社區有多少的人道精神及包容力而定。雖然現在身心障礙者的人權較十八、十九世紀提高，被重視，他們某些能力也被肯定，但人類的文明仍未進步到不強凌弱、眾欺寡，使弱勢之社會成員的權利受到保障。目前有關身心障礙者的性教育、生育控制指導原則都很曖昧不明，其生育機會的問題怎能獲得解決，有必要再加努力（余漢儀等，2001）。

二、心理有關問題

身心障礙者外顯的觀感可能會產生其心理反應如極度退縮、無法專心、動作粗暴、動作笨拙、偏食、過食、過動等的現象。處理原則應先協助身心障礙者理解行為後果，建立適應行為的參考架構，善用增強、模塑、示範、提示等技巧，以環境控制及藥物治療雙管齊下，不但可以消除心理反應引起的不正常生理狀態，而且也可使心理反應的正常化。不過要發展障礙的兒童去適應周遭世界原本就不容易，因約有二分之一的心智障礙者會有情緒失調（emotional disorder），如唐氏症年輕人所呈現的「不適當」行為到心智障礙成人的沮喪（depression）徵兆，甚至嚴重心智障礙者偶爾呈現精神疾病的症狀等。這些心理所引起的行為及情緒問題，常使民眾支持下降及專業人員卻步。

三、社會活動與功能問題

身心障礙常常會影響到其社會活動與功能，如發展障礙（developmental disease）就是早期發生而有持續的身心傷殘，

通常涉及到語言、學習及移動的問題。在心智障礙的年輕人當中約有三分之一也有肢體的雙重礙障及肌肉功能的問題，約有十分之一無法抓拿或有感官問題。在腦性痲痺的孩子當中有二分之一以上有心智障礙，而患癲癇的顯示障礙徵兆的比例也會逐漸增加。所以這些身心障礙者大都缺乏溝通技巧，並且有語言功能、神經系統障礙或肢體協調不良的狀況者也是相當普遍。嬰兒期由於心智發展障礙，致使感覺知覺失調，兒童的姿勢或動作控制不成熟，而個人與所處的環境之間無法協調時，即其腦神經系統對各種感覺刺激就有異常反應。當小孩出現以下現象時，就有感覺統合失調的問題即：注意力和警覺度、觸覺防禦、緊張害怕的面部表情、自我刺激、傷害、重覆性固著行為、易怒有攻擊性、肌肉動作等的問題。一般而言須經專業人員診斷，並提供孩童需要的適量感覺活動指導，使其不因感覺統合失調而出現不當行為，並減少他不舒服，不愉快經驗、學習和他人互動。因此，我們必須注意由特定個體之生理限制，轉移到心理及社會環境所加諸於他（她）身上的限制方式，並且應認為「調適」是社會的問題，而非身心障礙者個人或其家庭的責任。所以不應該再把身心障礙者視為有毛病，而應把重點由身心障礙者的個體轉移到環境，當身心障礙（傷殘）者不能操作某項工作時，是歸因於建築物設計之不合適、別人不切實際的期望，或是生產組織的方式不妥等等。社會成員其實並非同質的，但我們的各式生活用品設計卻屬單一式，只適合所謂「健全」的成員（余漢儀等，2001）。所以要把個體模式轉移到社會模式，就必須依靠身心障礙者自助團體的努力與個別專業人員的協助。

第4章

身心障礙者的成因與其特徵

第四章　身心障礙者的成因與其特徵

身心障礙者的種類依舊制大致可分為：肢體障礙、智能障礙、學習障礙、多重障礙、精神障礙、情緒障礙、溝通障礙、視覺障礙、聽覺障礙等(請參閱:附錄1「新舊制身心障礙分類對照表」)，其成因與特徵各有不同。

第一節　肢體障礙的成因與其特徵

肢體障礙的種類一般來說可分為：上肢殘障、軀幹障礙以及下肢殘障、內臟欠缺（喪失功能）以及顏面傷殘等五種類。同時可依其障礙的程度之不同分為：重度一、二級、中度三、四級以及輕度五、六級等六級，並依其障礙程度之等級分別給於必要之救助。通常從種類來看即下肢障礙者所佔的比例最高，其次依序是下肢兼軀幹障礙者如腦　痲痺症、上肢障礙者如上肢畸形或缺陷者。

我國在1970年代以前，雖然小兒痲痺症盛行（Poliomyelitis），但是從開始打沙克疫苗及服用沙賓口服液後，雖也發生些問題，但絕大部分的疫情都能控制，而到目前，台灣的小兒痲痺症幾近絕跡。

一、肢體障礙的種類及其成因與特徵

（一）小兒痲痺症（Poliomyelitis）

1. 成因

小兒痲痺症其成因是由於病毒的感染而影響到其脊髓、喉、或中樞神經系統，導致肌肉萎縮癱瘓或衰弱而形成輕度肢體障礙，少數形成中度甚至為重度的肢體障礙。所以必須早期發現早期治療及教育與訓練，以防小兒痲痺症後遺症的

產生。

2. 特徵

小兒痲痺之特徵是容易疲勞、肌肉酸痛無力、四肢無力、呼吸困難、肥胖或腹小等等現象。

（二）腦性麻痺（Cerebral Palsy）

所謂腦性痲痺症系非疾病所引起的疾病，而是在腦部未發育成熟之前受到損傷或身體某部分或多處受到傷害或病變而引起視覺、聽覺、智能、語言及學習能力等等非進行性運動的障礙，這些障礙常常會形成一種或多種的失能、行動不便，多數患者需要以輪椅代步，而也有少數的嚴重患者無法行動。腦性痲痺患者其種類，依其影響身體各部之輕重不同而分為：一肢（monoplegia）、一邊（hemiplegia）、兩腿（paraplegia）、三肢（通常指一臂兩腿triplegia）、四肢（qundriplegia）、二邊(double hemiplegia)等。依其症狀包括：1.肢體痙攣（Spastics）其所佔的比率最高，2.指痙症（Athetosis），3.運動失調症（Ataxia），4.震顫及頸硬（Tremor and Rigiaity），5.混合性類型（mixed types）等等種類（江亮演，2001）。

1. 腦性痲痺發生原因

其有先天遺傳與後天環境所造成，從後天的環境來說有下列因素：

（1）產前因素：產前感染、缺氧、Rh因子與母體不合、孕婦有心臟病、貧血、新陳代謝不正常、腦部受傷或出血等等。

（2）產中因素：難產、早產、生產過程中缺氧、窒息、受到助產工具的傷害、產道病毒感染、嬰兒臀部先出來嬰兒腦溢血等。

（3）產後因素：出生後嬰幼兒腦部未發育成熟前受到外傷、腦膜炎、腦炎、感染鉛或一氧化碳中毒、血管病變、腫瘤、黃疸、其他病變等。

2. 腦性麻痺患者的特殊問題（黃慶鑽等編著，2001）

（1）不正常的肌肉張力：有的患者肌肉張力很高（肌肉很硬），有的肌肉張力很低（肌肉很軟），有的肌肉張力很容易改變（身體會動來動去），也有患者會同時有前述兩種或三種的張力狀況。

（2）不正常的反射：由於腦損傷，使得本來應該隨著腦部發育成熟而消失的一些原始反射無法被腦部抑制，所以像「墊腳尖」、「交叉腳」、「手握緊」、「仰臥時身體僵直」及「驚嚇反射」等原始反射，會在腦部無法抑制的情況下重複出現。

（3）知覺異常：對刺激可能會有過敏或是不反應等現象。

（4）癲癇：有40%左右的腦性麻痺患者患有癲癇現象。

（5）肺功能差：四肢麻痺的腦性麻痺患者，因上半身肌肉活動受到影響致使胸腔周圍肌肉無法適當收縮、活動，使得他們的肺功能比一般人差，容易引起感冒、肺炎等疾病。

（6）體溫調節功能差：腦性麻痺患者由於體溫調節功能差，使得其體溫很容易受到外界溫度所影響。

3. 腦性麻痺患者的特徵（黃慶鑽等編著，2001）

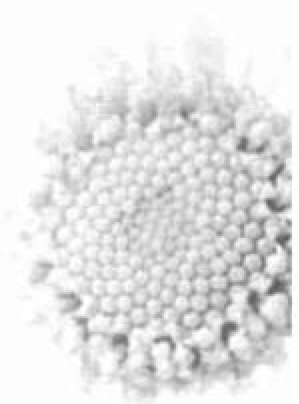
（1）一定有姿勢或動作上的障礙：不是姿勢不正常，就是動作上有異常。

（2）造成姿勢或動作障礙的主要病因在腦部：如嬰兒出生時（或出生前）腦部缺氧或受傷、難產、臀部先出來腦部溢血、或出生後感染、腦膜炎、腦炎、腦受意外傷害、鉛中毒、一氧化碳中毒等等傷害到腦部，所引起的腦病

變，致使姿勢或動作異常。

（3）是在腦部發育未成熟前所引起的腦損傷：在腦部未發育成熟之前受上述各種傷害與中毒，使腦部病變無法正常發揮功能，而形成障礙現象。

（4）腦性麻痺的主要原因是在腦部，但並不是每位患者都合併成智能障礙者：根據國內調查，約只有40%～60%的腦性麻痺患者合併有智能障礙。



（5）腦性麻痺本身是非進行化：也就是說腦損並不會一直惡化下去。

（三）脊髓損傷（Spinal Cord Injuries）

內在脊髓相關的病變與外在的傷害導致腦部神經中樞的重要通道或訊息交換的功能，無法正常化，而影響到各器官或肢體障礙，此為脊髓損傷。

1.脊髓損傷主要原因

（1）外在傷害：如頸椎、胸椎、腰椎、薦椎等脊柱受到傷害，影響到脊髓神經系統受損，而導致身體運動、感覺、排泄等功能失常現象。脊髓神經外由脊柱保護，由上到下可分為頸、胸、腰、薦等椎骨，其中頸椎控制呼吸及頸部、上肢活動等功能，胸椎負責胸腔及腹腔等活動，腰椎主管下肢活動，薦椎則控制排便、排尿及性功能等活動。

除了少數遺傳因素外，外在性脊髓損傷的主要原因是交通事故，約佔50%，其次為高處摔下、重物壓傷、跌倒、運動傷害、刀槍傷害等。

（2）內在病變：除了先天遺傳因素，而隨著發育成長而病變成為脊髓病變患者外，一般都是受到後天的生活環境所影響，尤其公害如輻射線傷害、水質污染或土壤的污

染、空氣污染等等公害致體內鉛鎘等中毒而產生變病，造成某一部分的脊椎受害、脊髓損傷的現象。

2.脊髓損害的特徵

（1）大腦是操作各身體活動的處理中心，愈靠近大腦的頸椎受傷者，除相關頸椎負責的呼吸、頸部、上肢活動的功能受到影響外，屬於胸椎、腰椎、薦椎等主要負責身體的功能也會受到限制，所以頸椎受傷的脊髓損傷患者的身體障礙其程度是最嚴重。

（2）胸椎損傷患者也會合併有腰椎、薦椎損傷患者相關的身體功能障礙，尤其會胸痛、呼吸困難以及腹痛、胃腸不適現象。

（3）腰椎損傷患者，則會合併有薦椎損傷患者相關的身體功能問題，即下肢障礙或排泄上的困難問題。

（4）薦椎損傷患者，除了會產生排便、排尿及性功能等問題外，也會合併其與腰椎損傷患者相關的身體功能問題。

（四）其他肢體障礙

比較常見的肢體障礙類型有肢體截斷、肌肉萎縮、癲癇等，其成因與特徵如下（黃慶鑽等編著，2001）：

1. 肢體截斷或殘缺：

（1）成因：先天遺傳就是先天上肢體有缺陷或器官有缺損者。遺傳因素代代相傳或因婦女懷孕期間濫用藥物或病毒感染所引起。後天環境即交通事故或工業傷害造成肢體截斷或惡化腫瘤、糖尿病等導致組織壞死而由外科手術加以切除造成殘缺。

（2）特徵：復健可增加其生活適應能力，如義肢的裝配或行動功能的訓練等。部分上肢體截斷患者則必須加強手的功能及生活自理能力之訓練，必須以有限的行動克服處

處的障礙環境。

2. **肌肉萎縮症：**肌肉細胞逐漸萎縮與退化的一種進行性疾病。

（1）成因：因「隨意肌」被脂肪與纖維組織所替代，而導致肌肉細胞逐漸萎縮與退化的一般進行性疾病。肌肉萎縮症的確實病因還不清楚，但一般都相信可能與遺傳缺陷有關，因此，常被列入罕病領域內。

（2）特徵：發病年齡多在1－6歲之間，其發病後先從一小部分的肌肉開始，然後以一種進行性的速度逐漸侵襲到其他肌肉組織。其症狀是從容易跌倒、不良於行開始，逐漸到無法爬樓梯、坐姿困難、無法行走、需坐輪椅等。到20歲時可能已是肌肉萎縮症患者的生命末期，此階段的患者可能需要終日臥床，甚至可能會因心臟肌肉或呼吸肌肉的萎縮而導致心臟衰竭、呼吸困難，而至死亡的現象。目前並沒有有效的方法治療肌肉萎縮症，所有的處遇措施是以維持其肌肉功能及增強他們的獨立生活功能為考量。

3. **癲癇：**腦部無法對神經細胞所釋出的電流作有效控制，而呈現暫時功能失調的現象而導致無法控制肌肉、感覺、意識、思考等活動，使其出現適應環境的障礙。

（1）成因：先天遺傳，代代相傳。後天環境如腦部受傷，常會合併腦性痲痺、腦病變等腦損傷患者的相關症狀一起出現，但也會單獨出現的疾病。

（2）種類：大抽搐、小抽搐、動作性抽搐、感覺性抽搐、心理性動作抽搐等。

（3）特徵：藥物的處遇可降低每天抽搐發作頻率。患者須自我保護，所以發作時如何協助患者自我保護是極為重要。所以發作頻率較高者，須協助患者不受抽搐發作的

影響。

二、障礙者的自我概念與心裡適應

前述各類肢體殘障者除了有各自生理復健的重點外，他們最主要共同必須面對的問題是：如何以有限的行動能力立即克服對他們而言顯得處處障礙的環境。所以如何創造一個處處無障礙的環境與如何提供他們可以克服障礙的輔具，是身心障礙福利工作非常重要的重點。此外肢體殘障者在致殘後的心理、情緒狀態及自我接受狀態，也是影響他們回歸社會、獨立自主生活非常重要的因素。每位肢體障礙朋友因「致殘程度不同」及各自「支持系統足夠與否」各不相同，所以每個人的心理適應狀態與社會適應過程也各不相同；下面兩個圖表「圖4-1殘障與自我概念關係圖」、「圖4-2動機因素與障礙者的心理適應」，解釋了一段肢體殘障者的心理、行為適應歷程。要協助肢體殘障者社會重建或職業重建，不能對

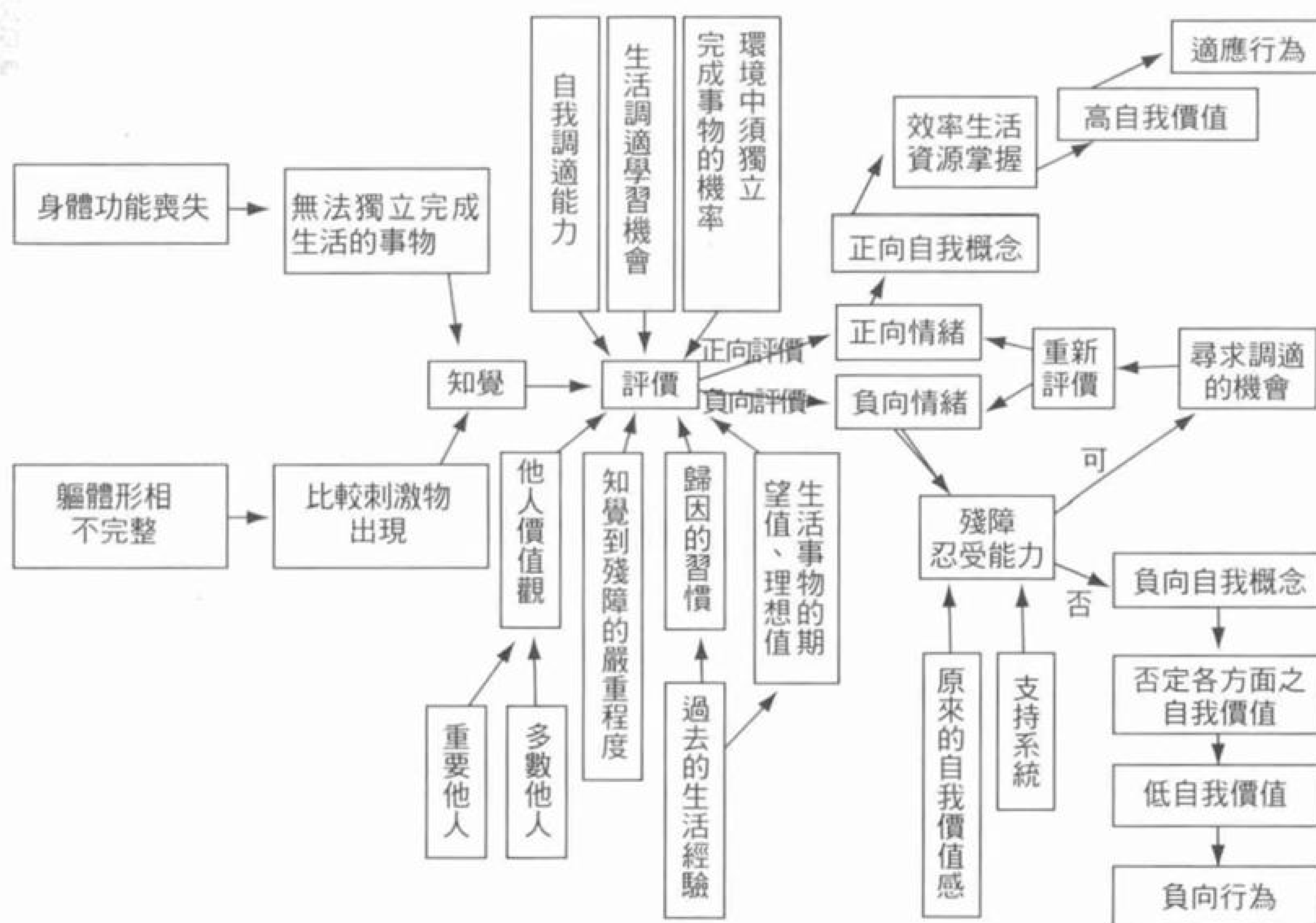


圖4-1　障礙與自我概念關係圖（黃慶鑽製圖）
資料來源：黃慶鑽等編著「老人與殘障福利」P.209

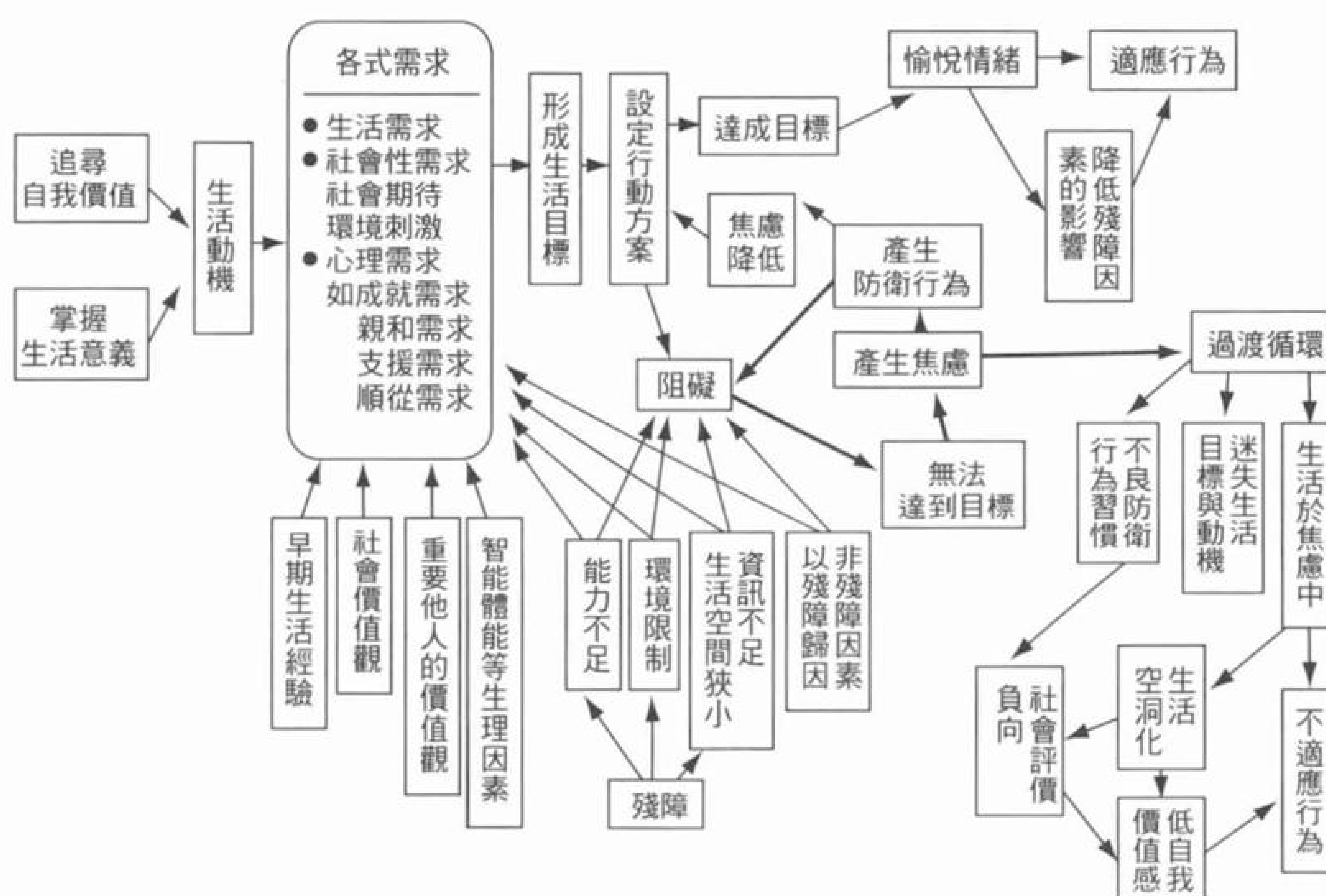


圖4-2　動機因素與障礙者的心理適應」

資料來源：黃慶鑽等編著「老人與殘障福利」P.210

每一位患者一概而論，應考量他們的心理適應歷程，以個別化的輔導，建立他們健康的身體心理與自我概念。

第二節　智能障礙的成因與其特徵

智能障礙(mental subnormality)又稱為智能（力）不足或心智障礙，一般是指智力商數（IQ智商）低於70以下者而言。其雖然只佔所有身心障礙人口的10%，但有許多「多重障礙者」事實上也合併有心智障礙的狀況；加以許多有關身心障礙者嚴重程度的研究，皆以心智障礙狀況與行動能力做為分辨的依據，如日本文部省（1999）對重度身心障礙兒童的分類（表4-1）及日本大島伊良博士在1992年日本精神薄弱者福祉聯盟出版的「發展障礙之照護與訓練手冊第五期（1992）」的身心障礙兒童之分類（表4-2）。其中表4-1中的

表4-1　日本文部省對重度身心障兒的分類

智能障礙 IQ（DQ）／肢體障礙程度	80以上 正常	80-75 異常（劣）	75-50 可教育	50-25 可訓練	25以下 需保護
0 無肢體障礙	1	2	3	4	5
I 不方便但能過日常生活	6	7	8	9	10
II 輕度障礙（受限制但能做有用的活動）	11	12	13	14	15 行為異常 盲、聾
III 中度障礙（有用的活動受到極大的限制）	16	17	18	19	20
IV 重度障礙（不能做任何有用的活動）	21	22	23	24	25

表4-2　日本大島伊良博士對重度身心障礙兒童的分類

IQ水準	能跑動	能行走	步行障礙	能坐穩 不能行走	臥床不起
80－70	21	22	23	24	25
70－50	20	13	14	15	16
50－35	19	12	7	8	9
35－20	18	11	6	3	4
20－0	17	10	5	2	1

15、20、24、25等級及表4-2中的1、2、3、4等級，都是相當嚴重程度的等級；這些都是因為智能障礙狀況（IQ狀況）相當嚴重而被列為重度身心障礙者。所以「心智障礙者」的成因與特性是值得我們來討論的。

一、智能障礙的定義

依照我國衛生署所公佈的身心障礙等級標準，其對智能障礙者的定義為「在成長過程中，心智的發展停滯或不完全發展，導致認知能力和社會適應有關之智能技巧的障礙稱為智能障礙」。其下又把智能障礙分為輕度、中度、重度、極重

表 4-3　智能障礙者的等級標準

等級	輕度	中度	重度	極重度
標準	智商介於智力測驗的平均值以下二個標準差至三個標準差(含)之間；或成年後心理年齡介於九歲至未滿十二歲之間，在特殊教育下可部分獨立自理生活，及從事半技術性或簡單技術性工作的輕度智能不足者。	智商介於智力測驗的平均值以下三個標準差至四個標準差（含）之間；或成年後心理年齡介於六歲至未滿九歲之間，於他人監護指導下僅可部分自理簡單生活，於他人庇護下可從事非技術性的工作，但無獨立自謀生活能力的中度智能不足者。	智商介於智力測驗的平均值以下四個標準差至五個標準差（含）之間；或成年後心理年齡介於三歲以上至未滿六歲之間，無法獨立自我照顧，亦無自謀生活能力，需依賴他人長期養護的重度智能不足者。	智商介於智力測驗的平均值以下五個標準或成年後心理年齡未滿三歲，無自我照顧能力，亦無自謀生活能力，需依賴他人長期養護的極重度智能不足者。

度四個等級，其標準如表4-3；表中鑑定智力的測驗工具，衛生署建議以魏氏智力量表、比西智力量表或兒童發展適應行為量表等為主。

從我國對智能障礙的定義及分級中，可以發現這個定義同時考量了生物、心理、社會等觀點：但在心智障礙的診斷上卻相當依賴智力測驗的結果。以下分別從這幾個觀點，來瞭解國外相關學者對心智障礙的看法。（黃慶鑽等編著，2001）

（一）社會觀點

Mercer（1973）認為應該從社會體系的觀點（Social system perspective）來界定智能不足。他認為智能不足其實是個體在其存在的社會中所獲致的社會地位；也就是說一個人之所以被界定為智能不足乃因其表現出不符合社會對智能障礙的期待。一個在學校因閱讀或計算困難被視為智能不足的兒童，在家中或鄰里裡可能是一個活潑正常的小孩；從這個角度來看，不同的社會期待標準，會導致不同的智能障礙者，

所以智力概念反應的是社會文化的標準。

Gold（1980）則從社會責任的觀點來界定智能不足，認為智能不足社會的訓練和經歷不足有關。

（二）神經心理觀點

蘇俄心理學家S. Y. Rubinshtein對智能不足的看法則界定為：個體因腦傷的結果，造成認知過程永久性的損害。所以這個觀點強調智能不足者通常會有明顯的腦部傷害，而且會有「認知過程」嚴重而永久的傷害。

（三）心理計量觀點

自從1905年比奈(Binet)和西蒙(Simon)設計發展了比西智力量表，不但智能狀況的「測驗」及「量化」成為可能，而且「智力測驗」也成為檢驗一個人智能狀況，「標準化」又

表 4-4 L.M. Terman和D.Wechsler所作的智商分配

Terman的分類	智商範圍	Wechsler
極優秀（1.33%）	160－169 150－159 140－149	極優秀（2.2%）
優秀（11.3%）	130－139 120－129	優秀（6.7%）
中上（18.1%）	110－119	中上（16.1%）
中等（46.5%）	110－109 90－99	中等（50.0%）
中下（14.5%）	80－89	中下（16.1%）
臨界智能缺陷（7.6%）	70－79	臨界智能缺陷（6.7%）
智能不足（0.63%）	60－69 50－59 40－49 30－39	智能不足（2.2%）

方便的工具。人們開始以智能測驗後的智商分數，來做為分辨一個人是否為智能不足的參考。

表4-4為L.M. Terman和D.Wechsler各以其所編的智力測驗，經過大量施測後對智商所做的分類；兩者皆以智商70做為智能不足與否的分界點。雖然，這些智能測驗都經過與多數人比較後所建立的常模去解釋測驗的結果，而且心理計量簡單、客觀、標準清楚，可以有效預測學校的學習成就；但是，其在判定心智障礙的過程・忽略了智能與環境間互動的考量，而且其所設計題項過於偏向邏輯推理及抽象能力判斷等，亦招致了許多批評。

（四）綜合性觀點

E.A.Doll（1940）則從生物學、心理學及社會學的觀點，來界定智能不足，他認為智能不足應具備下列六項標準：（1）社會適應能力缺損；（2）智能低下；（3）智能發展在幼年或極早期就停頓下來；（4）其心智的遲滯狀態在成熟時已成定局；（5）起因於先天的因素；（6）根本上是不能治癒的。如果只有單一或少數標準符合，則不能被判為智能不足。

（五）美國智能不足協會的定義

美國智能不足協會（American Association on Mental Retardation，簡稱AAMR）長期以來一直著力於心智障礙定義的研究；其所提出的智能不足定義，不但廣受各方重視，還深深主導著身心障礙者的教育或福利工作方向。AAMR從1921年提出了第一個智能不足的定義，其後每隔一段時間便會提出修正或新的定義，直到最近的一次是1922年。其中共經歷了八次以上的定義或修正，在這幾次的定義中，以1961

年、1973年及1992年的定義最具特色。

1961年的定義由Rick Heber所提出，他指出：「智能不足係指源於發展時期，一般智力功能低於常態，且附帶有適應行為缺損的現象」。此一定義對智能不足的界定，同時採取了心理測量與社會適應的觀點，並設定了其發生年齡的上限。

1973年的定義則由Herbert所提出，他指出：「智能不足係指在發展時期，即已產生一般智力功能明顯低於常態者的現象，而且它常伴隨有適應行為方面的缺陷」。此定義所謂一般智力功能「明顯低於常態」指的是智商低於兩個標準差以下；此外它亦將發展年齡的上限由16歲提高到18歲。

1992年由Ruth Luckasson所組成的「術語與分類特別委員會」又向AAMR提出新的智能不足定義：其特色是他已不再強調智能不足的傳統分類體系，而是依智障者所需的支持體系來分類；同時，強調個人與環境互動的重要性，並將一般適應行為的缺損明確界定在特定適應技能領域。因此，新的智能不足定義如下：

係指個體當前功能上的重大限制，表現在智力功能的顯著低下，同時存在著下列兩種或兩種以上適應技能領域的相關限制：溝通、自我照顧（生活自理）、家居生活、社會技能、社區利用、自我指導、身心保健與安全維護、功能性學科（基本學科）、休閒與工作。且智能不足出現於18歲以前。

依據上述智能不足的新定義，要將個體判定為智能不足應具備以下三個條件：

1. 發生的年齡在18歲以前。
2. 智商顯著低於同年齡組的平均智力水準（魏氏兒童智力量表的智商約在70－75或以下）。
3. 具有兩種或兩種以上相關適應技能的顯著限制。所謂相關

適應技能是指個體在學習、工作、居住與娛樂生活環境的互動下受到限制。

這些相關的特定適應技能共分以下10個領域：

1. 溝通能力：如口語、肢體表達、表情等能力。
2. 生活自理能力：如飲食、穿衣、個人衛生方面能力。
3. 家居生活能力：如做家事的工作能力。
4. 社會技能：如人際關係、遊戲、應對進退技巧等能力。
5. 社區利用能力：懂得利用公共設施、如到圖書館、郵局、銀行、超級市場等等的能力。
6. 自我指導能力：如能自動自發學習或工作，自己安排時間與活動等的能力。
7. 身心保健與安全維護：如懂得表達自己身體不舒服、安全過馬路、處理輕微外傷的能力等。
8. 功能性學科能力：具足夠學習的基本讀、寫、算能力。
9. 休閒能力：如能應用休閒時間，安排戶內、外活動。
10. 工作能力：如具備正確的工作態度，對工作的自我要求、與同事的互動關係等（黃慶鑽等編著，2001）。

這次定義與以前定義最大的差別，是在它強調去找出一個人在身心各方面的長處與短處，從而配合輔助系統的提供，對智能不足者給予所需的協助。

二、智能障礙的成因

智能不足的成因不但很多而且很複雜；有可能是先天的，也可能是後天的，有可能是生理上的因素，也有可能是社會心理上的因素。美國智能不足學會（AAMR）的醫學分類，將導致智能不足的主要成因歸納為十大類，每大類之下又有幾個小類。這十大類分別為：

（一）十大分類

1. 病毒感染和中毒：如梅毒或德國痲疹。
2. 腦傷或外傷：如出生前的腦部損傷、窒息，出生時的腦部缺氧。
3. 新陳代謝失調或營養不良：如苯酮尿症。
4. 重大的腦部疾病：如出生後引起的，不過此種腦疾較為少見。
5. 出生前不明之疾病：如腦水腫（大頭症）。
6. 染色體異常：如道恩氏症候。
7. 懷孕失常：如早產。
8. 精神失常：通常在十八歲以前。
9. 環境的影響：沒有病理學上的原因。
10. 其他狀況。

（二）生理學上的因素：

智能障礙（智能不足）的成因可分為

1. 先天遺傳：此類者佔多數，因遺傳上的缺陷主要有染色體異常與基因異常等原因造成。
2. 後天環境即中樞神經系統損傷，如孕婦營養不良、難產缺氧、早產，病毒傳染如德國痲疹、藥物或酒精中毒、X光或鈷六十等放射線照射傷害、患病（腦炎、腦膜炎）、意外傷害、化學物傷害、母子血型不合、腦部發展異常等因素所造成。

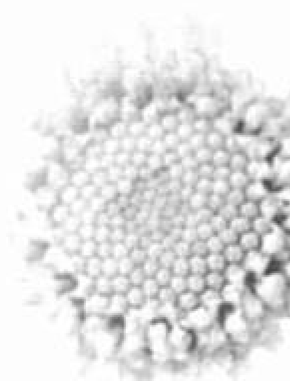
（三）社會學心理學上因素：

如教育機會剝奪、學習環境不良、學習經驗不足、親子關係不良、父母智識經驗不足、父母管教技能不良或管教態度偏差、學習動機不強、學校設備師資不良等等或情結異

常、自我信心不足等等原因所造成。

三、智能障礙者的特質

智能障礙者與一般人比較所呈現的不同，可從身體動作、認知能力、學習狀況及行為特質等幾個角度來瞭解及探討。



智能障礙者在身體動作上可能會出現的特質包括：手眼協調不良、平衡感較差、動作協調性不佳、精細動作不良等。在認知能力方面，則有歸納、推理能力不足，缺乏時間、空間、方向等概念化能力及語言構音不清楚、語言理解力差等問題。在學習上則有注意力缺陷（包括注意力不能持久、注意力廣度較小、易衝動分心等）、知覺辨認能力缺陷、記憶力缺陷及類化能力缺陷等特質。



在行為特質上則有：學習動機薄弱、自信心低落、畏縮、不願嘗試新事物（固執而缺乏臨機應變能力）、易緊張焦慮、情緒自我控制力差、人際互動不良、對社會的接納與讚許有較高期待、在學習的習慣上則傾向於別人的暗示或協助等現象。較重度的智能障礙者，甚至可能出現退化性或自我傷害等行為（黃慶鑽等編著，2001）。

四、智能障礙者的出現率

如果依據人類智能常態分配圖來推估智能不足的出現率，理論上智能障礙者的出現率應該是2.3%（即常態分配圖的兩個標準差等於智商七十時）；但如果依美國AAMR於1992將智能不足者界定為魏氏智力量表的70或75以下時，則其出現率約在3%到5%左右。Gearheart and Litton在1979年曾依據智能不足的等級，推測各等級智能不足者的出現率如表4-5。目前普遍被接受的智能不足者出現率為3%。

表 4-5　各類智能不足的出現率（Gearheart and Litton在1979）

程　度	在總人口的比率	在智能不足人口中的比率
可教育性智能不足	2.6	86.7
可訓練性智能不足	0.3	10.3
養護性智能不足	0.1	3.3
總　計	3.0	100.0

第三節　其他障礙的成因與其特徵

障礙者以綜合性來分類如前述，可分為：視覺障礙、聽覺障礙、語言障礙（講通障礙）、肢體障礙、智能障礙、行為異常（情緒障礙）、學習障礙以及多重礙障、資賦優異、精神障礙等。因肢體與智能障礙前面兩節已陳述過，除此兩種的礙障之外，其他障礙，其成因與特徵陳述如下：

一、多重障礙者

多重障礙者是指個人同時具有二種或二種以上的障礙者而言。

（一）分類：

1. 視覺與聽覺的雙重感官缺陷。
2. 中樞神經損傷造成肢體障礙且伴隨著視覺、聽覺、語言等的障礙。
3. 重度智能不足伴隨著身體發展上或健康上的問題。

（二）成因與特徵（特性）：

依照衛生署所公布的多種障礙定義為：具有非因果關係且非源自同一原因所造成的兩類或兩類以上的障礙者。且在

備註中說明一人同時具有兩類或兩類以上不同等級之多重障礙時，以較重等級為主；同時具有兩類或兩類以上同一等級多重障礙時，應晉一級，但最多以晉一級為限。教育部在1992年曾將多重障礙分為下列五類：

1. 以智能不足為主的多重障礙。
2. 以視覺障礙為主的多重障礙。
3. 以聽覺障礙為主的多重障礙。
4. 以肢體障礙為主的多重障礙。
5. 以其他某一顯著障礙為主的多重障礙。

黃慶鑽教授認為另外還有以情緒困擾為主的多重障礙。其中以智能不足為主的多重障礙所佔比例最多，其次為以肢體障礙為主的多重障礙。這兩類多重障礙者的成因，如前述智能障礙與肢體障礙的成因描述；這其中又以腦性痲痺症、腦傷、腦中風為導致多重障礙的最主要原因。

由於多重障礙者多為中重度以上之身心障礙者，除了必須面對各類的障礙外，他們面對的最主要課題為：生活的自理訓練問題及在這些多重礙者還無法生活自理之前，進而延申的臨時照顧、永久養護、家庭支持、信託保護等處遇措施。這些都是從事這類身心障礙者福利服務必須面對的課題。

二、精神障礙者

精神障礙者指的即是身心障礙者保護法中所稱的慢性精神病患者。依照衛生署所公布的慢性精神病患者定義為：由於罹患精神疾病，經必要而適當的醫療，未能痊癒且病情已慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭、社會支持及照顧者。其範圍包括精神分裂症、情感性精神病、妄想病、其他非器質性精神病狀態……

等。這個定義並未特別強調精神病的致病機轉，只強調其精神狀態因病情的影響，而無法發揮自我功能處理生活相關事物。精神病發生的原因，直至目前為止並沒有確切的定論；一般而言可分為下面幾個方向來討論其原因與特徵：

（一）生理方面

在生理方面討論較多的主要是神經介質與神經傳導等的問題；認為精神病的產生是由於這些神經介質分泌不正常，影響神經訊號的傳遞，使人產生過渡興奮或抑鬱等現象。

（二）人格構造方面

人格構造方面談的則是人的意識、潛意識與人的思想、行為間的關係。強調當人內在的自我狀態產生矛盾、衝突，或無法用來解決現實世界問題時，可能會導致思考或人格的解組，而出現精神疾病的症狀。

（三）環境刺激與壓力

這個部分談的則是人在面對環境時，由於環境刺激或壓力過大，或是由於自我的需求慾望過高，導致長期的挫折或自我貶抑，而出現相關的精神疾病症狀。

不管精神病真正發生的原因是什麼，也許三種原因都同時存在，精神疾病的治療與復健都是一條漫長的道路。特別是如慢性精神病患者定義所稱「病情已慢性化」的情況下，如何協助慢性精神病患者改善職業功能、社交功能、生活自理功能，或是在短期內無法有效改善病情的情況下，如何照顧、養護他們，或是如何給予他們家庭必要的支持，這都是身心障礙福利服務工作者必須面對、處理的問題。

由於慢性精神病患者的病情，可能會因逐步的復健而好轉，也可能因無法對症治療，而使得病情持續惡化；所以他們必須定期重新鑑定。輕度者每半年需重新鑑定一次，中度者每一年需重鑑定一次，重度者每二年需重新鑑定一次（黃慶鑽等編著，2001）。

三、情緒障礙者

情緒障礙者亦稱為情緒異常（困難）或行為異常、人格失常、性格失常等等。

情緒障礙者是指在社會化過程中產生社會性或情緒性不適當行為者而言。

在美國94-142公法中有一段對「嚴重情緒困擾」的定義描述，該法對情緒障礙者的界定如下：此一名詞係指會長期且明顯地表現出下列一種或多種特質，而對教育產生了不利的影響而言：

1. 無法學習而又不能以智能、感覺或健康等因素加以解釋。
2. 無法和同儕及教師建立或維持滿意的人際關係。
3. 在正常情況下，有不正常的行為或情緒型態。
4. 普遍充滿不快樂或鬱悶的情緒。
5. 有衍發而生的生理症候或恐懼傾向。

（一）原因

我國教育部在1998年對「嚴重情緒障礙」的定義描述則為：係指長期情緒或行為反應顯著異常，嚴重影響生活適應者，其障礙並非因智能、感官或健康等因素直接造成的結果。在身心障礙者保護法中並沒有直接把情緒障礙列為身心障礙的類別，而是把情緒障礙中產生原因為先天的、而且目前無法治癒的自閉症，單獨列為一個身心障礙類別。其實情

緒障礙者還包括注意力缺陷及行為異常等類型。因此一般是把情緒障礙分為下列二大類則：

1. 行為異常包括：敵視、衝動、攻擊、破壞、偷竊、說謊等等。
2. 性格異常包括：自閉、焦慮、恐懼、暴躁、退縮、抑鬱、遺尿、惡夢、夢遊、偏食等心因性症狀。

（二）特徵

在衛生署所公布的自閉症定義為：合併有認知功能、語言功能及人際社會溝通等方面之特殊精神病理，以致罹患者之社會生活適應有顯著困難之廣泛性發展障礙。通常一個人被診斷為自閉症患者，是經由長期的行為觀察，而發現有下列行為特徵者（依據美國精神醫學會DSM-IV診斷標準）：

1. 在社會性互動上有質的障礙：如欠缺對他人的關心、視線無法與他人接觸互動、不能辨識他人感情、無法自發地與人分享喜悅成就、沒有模仿性及社會性遊戲行為等。
2. 在溝通上有質的障礙：如口語發展遲緩或毫無語言、刻板或反覆的使用同一語詞、無法以手勢、姿勢輔助溝通。
3. 在行為、興趣、活動上呈現刻板、重覆及強迫性的形式：如用斜眼看東西、手重覆擺動、搖晃身體、旋轉東西、聞東西、執著於特定而非功能性的日常事物或儀式、重覆無創意的遊戲等。
4. 這些發展的異常是在未滿三歲以前發生的。

自閉症發生的原因至今尚未明確，主要的原因可能與胎兒期或即將出生階段的種種病因有關：如母體懷孕時的感染或環境中有毒物質的污染、也可能來自遺傳基因或胚胎的異常發展。自閉症的發生率約在萬分之4～10，其中有70～80%的患者合併有智能障礙。其特質除了前述相關診斷標準的行

為特徵外，還包括有卓越的機械性記憶與視覺空間能力、不良的抽象思考與概念形成、感覺統合問題、自傷行為等。

在我國患有自閉症的身心障礙雖然不多，但由於其不明、且特殊的病因，使得他們的訓練與復健相當困難（主要是他們在學習上有特別的困難）；部分重度患者的自傷行為及無法自我保護等，更是讓自閉症患者的父母或照顧者傷透腦筋（黃慶鑽等編著，2001）。

四、溝通障礙者

溝通障礙者簡單說是語言系統上所表現的語法與預期的常模標準不相稱者。

溝通障礙指的是身心障礙者保護法裡所稱的聽覺障礙或聲音、語言機能障礙。在衛生署對聽覺機能的定義為：由於各種原因導致聽覺機能永久性的缺損。其中對於輕度患者的界定為優耳聽力損失在55～69分貝之間，中度患者的界定為優耳聽力損失在70～89分貝之間，重度則為優耳聽力損失在90分貝以上。聽覺障礙主要可分為聾與重聽兩大類，極重度的聽覺障礙屬於聾的範圍，中度與重度的聽覺障礙則屬於重聽的範疇。

（一）聽覺障礙產生的原因可依其產生的部位分為：

1. 外耳的耳道畸形、長瘤、異物梗塞或耳垢的積塞等。
2. 中耳的細菌（中耳炎）感染、鼓膜穿孔、耳硬化等。
3. 因遺傳、病毒感染、缺氧、早產、噪音、長期使用抗生素等因素，所造成內耳的耳蝸或聽覺神經受損。

因為聽覺受損部位的不同，聽覺障礙者可分為：傳音性聽力損失（外耳中耳傳音系統的損害）、感音性聽力損失（內耳聽覺神經受損）、混合性聽力損失三種。因為聽覺障礙發生

的年齡不同，又可分為語言能力獲得前與獲得後兩種聽覺障礙；語言能力獲得前的聽覺障礙，其語言訓練較語言獲得後的患者來得困難許多。

（二）特徵

衛生署對於語言障礙的定義則為：由於各種原因導致不能說話或語言障礙者；其在等級標準的描述中，則以聲音或語言機能妨礙溝通的程度，做為分辨輕、重程度的標準。語言一般包括有語音、型態、句法、語意四個要素：說話只是語言的表現形式之一，口語經傾聽模仿而內在化之後即成為語言能力的一部份。如果沒有聽力就難以模仿別人說話，說話、發音器官受損則無法發出令人理解的語言（構音異常），如果中樞神經中有關語言接收、統合、控制發音肌肉等的細胞受損，則不能說出令人理解的語意或語句（如失語症、啞巴），這都是語言機能受損的可能原因。另外語言發展遲緩的原因還包括：因智能不足、情緒困擾、語言環境貧乏等因素所導致的語言發展遲緩。

由於語言溝通在人與人的互動中扮演著最重要的角色，一個溝通障礙者可能會因為溝通的困難，導致許多心理情緒或社會適應的問題。除了因為他人對障礙者的接受程度，會導致溝通障礙者的自我調適狀況外，對於外在世界及他人內心世界無法透過語言有效的溝通，更容易使得溝通障礙者與他人形成疏離或孤立的現象，而產生許多退化或偏差的行為。

五、視覺障礙者

視覺障礙者包括視力測定值在0.3～0.02以上之弱視以及醫學上之光覺喪失或在教育上之無法或利用視覺接受教育有

困難須用感覺才能了解之視力測定在0.02以下之全盲與部分盲者。

（一）衛生署之分類

衛生署1997年的身心障礙等級分類中，將視覺障礙定義為由於先天或後天的原因，導致視覺器官（眼球、視覺神經、大腦視覺中心）之構造或機能發生部分或全部之障礙，經治療仍對外界事物無法（或甚難）做視覺之辨識而言。其又將視覺障礙分為下列三個等級：

1.輕度：兩眼視力優眼在0.1至0.2者，或兩眼視野各為20度以內者。

2.中度：兩眼視力優眼在0.1（不含）以下者。

3.重度：兩眼視力優眼在0.01（不含）以下者。

（二）視覺障礙發生的原因可分為下面三種（毛連塭，1982）：

1.全身疾病所導致之視覺缺陷

包括有因肺炎、痲疹、水痘等所導致之傳染性疾病，以糖尿病為主之新陳代謝疾患，濾過性病毒疾患，心臟血管疾患，惡性貧血、白血病等。

2.心因性視覺缺陷

如情緒困擾、歇斯底里症等。

3.視覺器官本身疾病所導致之視覺缺陷

如因老視、遠視、近視、散光、曲光參差等「曲光缺陷」及眼球震顫、斜視、結膜炎、交感性眼炎、白內障、青光眼、網膜脫離、視神經萎縮、砂眼等之機體性疾病。

這些原因中又以視覺器官本身疾病所導致之視覺障礙者較多。

（三）特徵

視覺障礙者由於無法觀察外在的環境世界，所以有非常明顯的定向能力、行動能力及手眼協調能力等問題。所謂定向能力問題指的是視覺障礙者，在環境中無法掌握其相對位置的狀況；一個沒有受過定向能力訓練的人，除了無法判斷其在環境的位置與相關狀況外，其目標行動能力也會大受限制。由於視覺障礙者有手眼協調的問題，所以他們的獨立生活訓練也是身心障礙福利工作者必須重視的重點。通常視覺障礙者在空間關係與較複雜的知覺動作統合上，表現的會比明眼人差。

由於視覺障礙者無法經由視覺有效的模仿、學習或是使用身體語言和他人溝通，所以他們的社會適應、人際關係也會受到影響。他們非常容易沒有安全感，也容易顯得被動、依賴與無助。眼睛是人類的靈魂之窗，很多的外界資訊、概念都必須靠眼睛才能有效率的學習。因此視覺障礙者通常在概念學習上，會較明眼人辛苦、緩慢、資訊封閉與不足，也容易造成他們判斷力較差與自信心不足（黃慶鑽等編著，2001）。

六、聽覺障礙者

聽覺障礙者是指其聽覺與機能暫時性或永久性喪失或缺損者而言。

（一）成因

因先天遺傳聽覺器官缺損或後天的傷害、感染及生產因素（出生時缺氧或早產）、中毒、病變等原因而導致聾或重聽。

（二）分類

1. 聾：兩耳聽力喪失達90分貝以上或完全失去音覺而戴助聽器亦無效者。聾又分為語前聾（會講話前），與語言後聾（會說話以後）等二種。
2. 重聽：聽力喪失在90分貝以下而有聽覺困難須戴助聽器或不必戴助聽器者。重聽者可依其重聽程度即依其殘存聽力情形而分為：（1）25～40分貝之輕度重聽，（2）40～53分貝之中度重聽，（3）53～70分貝之重度重聽，（4）70～90分貝之極重度重聽等四級。也可將上述四級分為輕度、中度、重度重聽等三級。

（三）特徵

1. 可早期發現早期療育補救：早期發現問題而給予矯治等療育對非遺傳性或進行性的聽覺障礙者有治療效果。
2. 以語言治療提高語言能力：聽覺障礙者由於聽力的關係，無法正常學習語言，所以用語言治療以口語訓練可補其聽覺障礙者學習語言的不足。
3. 配戴助聽器以求改善：以集中而擴大聲音，加強刺激耳內感音器官之殘存毛細胞，以改善聽力。
4. 其他，如人工電子耳，即以耳外或耳內裝置電子耳蝸刺激蝸牛與大腦，以改善聽力。

七、學習障礙者

學習障礙者是指學習或接受教育生活無法適應而失敗或有學習上的困難而言。

（一）成因

遺傳上或後天環境的因素如：

1. 情緒困擾、感官缺陷、智能不足等原因而導致學習上的困難。
2. 文化背景如家庭生活環境、父母知識偏低、社會環境不佳致使文化刺激過少，雖然其成熟度及智能均正常，但卻學習失敗。

（二）分類

1. 心理歷程的異常之學習障礙，如情緒困難等等。
2. 非心理歷程的異常之學習障礙，如智力不足等。

（三）特徵

1. 生理方面，有過度興奮或抑鬱以及身體動作上不良現象，須加以矯正。
2. 心理方面，個人的意識、潛意識、思想、行為等關係，常內在自我會產生矛盾、衝突等的使其容易緊張，無法控制自己情緒，人際互動不良。而在學習上習慣傾向於別人之暗示或協助等現象。
3. 環境方面，常因環境刺激與壓力過大導致挫折或自我貶抑，或因文化刺激過少尤其父母教導不足，導致自我貶抑或自卑現象。

八、資賦優異者

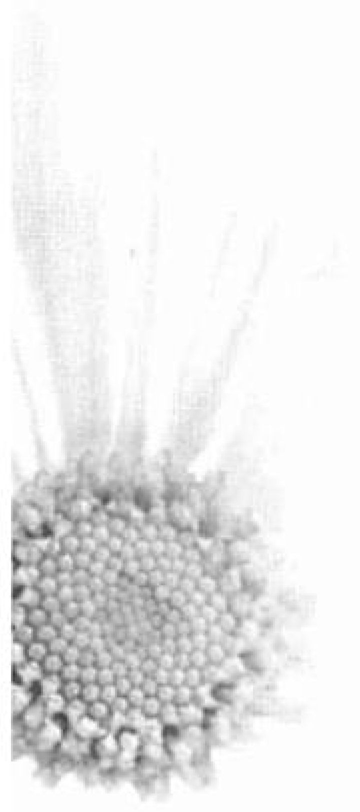
美國推孟（L. M. Terman）認為IQ在130～140者為資賦優異者。後來資優觀念擴展到除了智能之外，也涵蓋到學術性、創造能力、領導能力、表演藝術、心理動作能力等方面之優異者（特殊傑出表現者）。

（一）成因

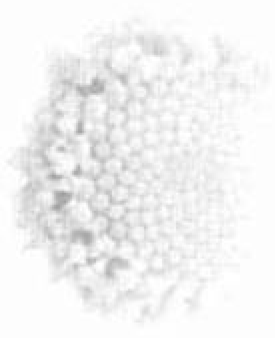
先天之遺傳與後天之環境的培養與優良教育等。

（二）特徵

1. 智力商數比一般人高，學習能力、適應能力比一般人強。
2. 有些人不必學習就能領悟，甚致創造一比他人更好的方法技巧來達到目標。
3. 在學術上，藝術、表演、心理動作能力上以及領導能力上有特殊傑作的表現。









第 5 章

身心障礙者福利服務政策與立法

第五章　身心障礙者福利服務政策與立法

第一節　身心障礙者福利服務政策

一、身心障礙者福利服務的內涵

社會福利服務的內涵依服務對象或所欲解決問題的特質來界定。前者如老人、兒童、少年、身心障礙者、勞工等福利；後者如貝弗里奇（W.H.Beveridge, 1942）所提出針對貧、愚、懶、髒、病等人類社會的五害所發展的社會保險，教育、就業、居住以及全民醫療服務等的福利。

一般社區中約有近三成的人會因障礙失能致其本人或家庭無法發揮應有的能力。所以，政府為維護身心障礙者的生活及合法權益，建立各種服務制度，提供有效的救助與措施，推展與輔導其自立自強的福利服務。尤其各先進國家推展身心障礙者福利服務，均針對身心障礙者的個別需求，分別提供服務。也就是身心障礙者福利服務，乃在滿足身心障礙者的需求，保障身心障礙者的基本權利，至於身心障礙者的基本權利，不外生存權利、健康權利、就學權利、就養權利、就業權利以及居住權利等（林勝義等，2004）。

因此，身心障礙者福利服務政策的內涵主要包括：

（一）**醫療保健服務**：因身心功能障礙，對於醫療照護及復健服務的需求較諸一般人殷切，因此政府除重視身心障礙者之醫療復健服務及輔具之研究發展外，也有推展醫療費及購置輔具之補助。

（二）**教育權之保障**：受教育機會均等是身心障礙者的基本權利之一，故為促其就學，除必須設置特殊學校或特殊班級，普及學前療育機構外，還須訂定合理的應考條

件、提供減免學費、交通服務、所需之教育輔助器材以維護其受教權益。同時要營造科技整合的學習環境，促其獲得各種有效的整合學習知能。

（三）**就業促進：**天生吾才必有用殘而不廢，是身心障礙者福利服務的基本理念與宗旨。這也是肯定個人生命價值與促進自我實現的重要途徑與方法，所以政府應建立個別專業服務制度及輔導評量，舉行身心障礙者特考，設置身心障礙者就業機專戶，提供職業訓練的機會，並輔導其就業。除此之外，政府也須設置或鼓勵民間團體設置庇護工廠，提供身心障礙者工作，協助其自力更生。同時規定各用人機關、單位之障礙者僱用人數比例，確保其就業機會。

（四）**養護服務：**對非收容安養而無法生活之身心障礙者，除應由政府或獎助民間團體設置身心障礙者福利機構予以收容養護外，並須按障礙者之障礙程度分級而分別提供各種必要之輔導與教養服務以重建其生活。

（五）**無障礙環境之營造：**政府或民間團體應建立無障礙環境、包括：1.社區、居家生活環境之無障礙，2.交通工具、公共建築、活動場所、公共設施之無障礙，3.就學的無障礙，4.就業工作的無障礙等（白秀雄，1995）。

（六）**其他福利服務：**如1. 被照顧者之重視:尊重與保障身心障礙者的人格及合法權益、減免乘坐陸、海、空交通工具，或進入風景名勝區、康樂場所、文教設施以及其他公共場所之入門票等優待。2. 照顧者之支援:減輕其照顧壓力，給予喘息服務等。3. 鼓勵民間參與:除福利機構公辦民營或福利服務委外等外，應更積極以減免稅捐或參與志工活動之獎勵等。

二、身心障礙者福利政策的特質

根據黃志成、王麗美教授編著「身心障礙者的福利服務」一書所陳述的身心障礙者福利政策的特質分為：

（一）身心障礙者福利服務的依據

不論政府或民間團體欲從事福利服務時，均必需以既定的政策為依據。

（二）是所得的再分配

有所得者（尤其是高所得者）繳稅或自由捐款後，將經費運用在可能是較低所得的身心障礙者身上，故為一種所得再分配。

（三）因政治的因素而有變化

一個國家的政策可能會有所變化，國家的領導者更換，或執政政黨更換等之政治因素可能導致身心障礙者福利政策的變化。

（四）因經濟的因素而有變化

身心障礙者福利工作除了要有專業人員來推動外，經濟因素占有相當重要的地位，亦即經費預算多時，較可能滿足身心障礙者更多的需求，但當預算少，尤其遇到長期的經濟不景氣時，福利工作的推展可能阻礙較多。

（五）與民主化的程度有關

一個國家愈是民主化，愈能尊重人權，亦即對所謂的弱勢團體之身心障礙者更能提供應有的照顧。

三、身心障礙者福利政策之制定過程

身心障礙者福利政策就是處理身心障礙者的社會問題之對策，其特徵：1.來源：因應身心障礙社會問題之產生，2.性質：是國家或政府的身心障礙者的政策，3.範圍：包括狹義的身心障礙者被剝削的改善，與廣義的身心障礙者整個生活環境之改善，4.發展：會隨社會變遷，社會進步而變動，5.方法：透過立法和行政的處理過程，6.目的：在增進身心障礙者的福利。所以，身心障礙者福利政策之制定過程為：

（一）**瞭解社會問題：**了解國民內在如身體病變、或外在如戰爭、車禍等因素致殘時所造成的生活問題；以及因障礙致使生理、心理受到限制所產生的特殊需求，如醫療、教育、生活等費用之補助等等的社會問題。

（二）**探求相關資料：**對於社會問題相關資料加以蒐集，包括：1.人，如大眾的關注或公眾討論的身心障礙者福利事項，2.時，如及時收集到各界對身心障礙者福利的意見訊息，3.地，如在何處?在公眾場所或是在其他場所的訊息呢？4.何事、何故：如那些身心障礙者福利的事或那些事才會引起中央決策者的注意，5.其他，如民間相關團體的壓力等。這些資料必須收集。

（三）**分析事實資料：**運用科學方法進一步加以分析判斷。

（四）**研擬公平合理可行的身心障礙者福利方案：**分析資料後，可獲得公平合理解決身心障礙者問題的各種原則性方案。

（五）**民主化諮詢相關意見：**為集思廣益，博採周諮，在方案擬定後，與政策有關之團體或個人磋商，以便得到更好的解決方案。

（六）**選擇最佳方案：**從各種解決身心障礙者問題的方案中作一選擇。

（七）制定政策並完成行政程序：在民意的壓力下，中央主管機關制定政策，並依政策決定慣例，逐級簽請機關首長核定，或提付有關會議討論通過後定案，然後擬定身心障礙者，福利服務內容，送立法機關審議，通過後付諸實施。

四、身心障礙者福利政策制定原則

（一）公正的原則（the principle of impartiality）：為最大多數身心障礙者謀最大福利，使相關的人群共蒙其利，所以，要身心障礙者福利政策制定力求公平正義。

（二）最終受益是需求滿足之身心障礙者個人的原則（the principle of individuality）：以實際具體可行，落實在最需要協助的身心障礙的國民身上，滿足身心障礙國民的需求。

（三）追求效率與可行便利原則：以最少的成本獲得最大經濟效益，以及考慮經濟上、政治上、技術上之可克服性與便利性。

（四）一致性及整體規劃原則：包括身心障礙者有關的教育、衛生、法律以及醫療保健、就業、就養、住宅等之全盤性、整體性之考量，並落實完整的規劃與確保身心障礙者福利工作之有效推行。

（五）最需要最弱勢之身心障礙者受益最大的原則（the maximize principle）：政策之制度無論基於人道主義或社會連帶責任，都應優先滿足弱勢、身心障礙者生活需要。

（六）廣泛分配的原則（the distributive principle）：身心障礙者福利政策應注意政策的「普遍性」、「社會性」，所以，必須將其實施對象盡量擴及到所有身心障礙者，而不是少數特定族群，以便使大多數的身心障礙者受益。

（七）**連續性的原則（the principle of continuity）**：身心障礙者福利政策之制度，在其前後政策之間必須求其連貫，在內部政策之中必須求其一致，並可承上啟下，左右協調，增進身心障礙者福利政策制度之週延和執行之順利。

（八）**國民參與自主的原則（the principle of autonomy and participation）**：讓更多的身心障礙者參與自行解決問題機會，制定身心障礙者福利政策。

（九）**財政穩定原則**：維持身心障礙者福利政策財政穩定之同時，也要逐步調整身心障礙者福利政策支出之各項優先次序。

（十）**緊急的原則（the principle of urgency）**：身心障礙之社會問題應早期發現早期處理（治療），所以，身心障礙者福利政策應把握契機，適時制定，以免造成問題之惡性循環，失去身心障礙者福利政策制定之時機（洪德旋等編著，2000）。

第二節　我國身心障礙者福利政策

一、我國身心障礙者福利（保護）政策之依據

我國身心障礙者福利有關政策，從台灣光復初期的1949年至1973年是處在「經濟軍事導向時期」，所以資源均以「反共抗俄」政策為優先，故無「身心障礙者福利政策」可言，1973年至1987年是為「社會福利立法時期」才有「殘障福利法」（1980年）之出現，1987年以後為「福利政策落實時期」，身心障礙者福利政策之開始向民生主義自由安全重視人權社會的坦途邁進。

目前我國是一尊重人權的民主國家，所以在憲法第7條就有明文規定：中華民國人民，無分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等。另在第15條也有明定：人民之生存權、工作權及財產權在法律上一律平等。由於身心障礙者是弱勢族群，其人權更應受到保障；我國對身心障礙者之保護政策，主要見諸於憲法與社會福利政策綱領。

（一）**憲法：**第155條規定：「國家為社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟」。

（二）**憲法增修條文第10條規定：**「國家對於身心障礙者之保險與就醫、無障礙環境之建構、教育訓練與就業輔導及生活維護與救助，應予保障，並扶助其自立與發展」。

（三）**社會福利政策綱領與實施方案：**行政院於1994年核頒，2004年修正「社會福利政策綱領」規定，舉辦各項身心障礙福利服務措施，以維護身心障礙者生活、尊重其人格，保障其合法權益，同時規定：

1. 政府應積極推動無障礙之社區居住及生活環境。
2. 國家應協助身心障礙者公平接近教育、就業、醫療與福利等服務機會，並使其轉銜無礙。
3. 以居家式服務和社區式服務作為照顧身心障礙者的主要方式，再輔以機構式服務；當身心障礙者居住於家內時，政府應結合民間部門支持其家庭照顧者，以維護其生活品質。

同時，在社會福利政策綱領實施方案中，進一步提出四項具體策略：

1. 舉辦身心障礙者福利需求調查，其整個規劃權利設施，並定期評估其績效。
2. 結合區域內相關身心障礙者福利機構，辦理障礙者就醫、

就學、就業、就養之各項社區化服務。

3. 提供傷殘預防及早期療育服務，強化障礙評估功能，籌設復健研究發展中心，推 發展傷殘復健研究。

4. 全面建立無障礙生活環境，落實保障身心障礙者人格及合法權益，賡續推重定額僱用身心障礙者就業保障措施，積極促進其參與社會生活。

馬政府也在今年(民國101年)一月核定「中華民國建國一百年社會福利政策綱領：邁向公平、包容與正義的新社會」，就有關身心障礙者福利或權益保障方面提出：

1. 政府應積極推動無歧視與無障礙之社區居住及生活環境，讓身心障礙者可以在人性化與有尊嚴的環境中發展，有充分的社會參與及發揮其潛能的機會。

2. 政府應保障身心障礙者接受教育、就業、居住及醫療等權益，使其轉銜無礙，並應結合民間資源提供其支持服務、經濟安全、身體及財產保護。

二、現階段身心障礙者福利服務政策

綜言之，我國現階段的身心障礙者福利服務政策，可歸納如下：

（一）**尊重身心障礙者的人格和權益：**人生而平等，人人都有人格尊嚴，都應該擁有其基本權益，不因其身心有所障礙而受到歧視或壓抑，所以障礙者的人格應予尊重，其需求應予關注，合法權益應予保障。

（二）**重視身心障礙者的健康保險和就醫：**障礙者最迫切的需要之一，是維護身體健康，不使惡化，並進而接受復健治療，以恢復身心功能或減輕障礙程度。所以，在政策上對身心障礙者的健康保險及醫療費用應予以必要之

補助。

（三）保障身心障礙者的教育和就業：身心障礙者福利服務的宗旨，乃在協助障礙者自力更生，參與社會及經濟活動，所以，為了增進身心障礙者的能力和參與工作的機會，必須提供特殊教育、職業訓練，並輔導其就業。

（四）保障身心障礙者的生活和救助：對於國民因殘疾無力生活而給予適當的扶持與救濟，是國家應有的責任，也是國民的基本權利，所以，列在憲法基本國策中予以障礙。

（五）提供身心障礙者的社區化服務：障礙者在行動上有所障礙不便，在生活上也有特殊要求，所以，有關身心障礙者福利服務應盡量採取社區照顧方式，使障礙者不必遠離家鄉住家，即可獲得應有的照顧服務。

（六）提供身心障礙者的預防和療育：身心障礙者福利服務的基本要求，應該是預防勝於治療，以及早期發現，早期治療。所以身心障礙者福利措施必須提供傷殘等障礙預防及障礙嬰兒的早期療育服務。

（七）提供無障礙的環境設施：為尊重身心障礙者的生活需要，也為了促進障礙者順利就業，對於各種公共設施，應排除阻礙障礙者自由行動之障礙物（林勝義等，2004）。

三、制定身心障礙福利政策的難題

身心障礙者福利政策之訂頒較晚，其主要原因如下（詹火生，1989）：

（一）身心障礙者福利需求的多樣性和異質性

身心障礙者的福利需求通常至少涵蓋疾病醫療、生理心理復健、生活輔助、特殊教育、職業訓練與輔導和福利服務

等範圍，而這些福利需求的內容至少跨越衛生醫療、社會工作和教育等三個主要領域，故具多樣性和異質性，彼此協調溝通不易，因而影響完整性身心障礙者福利政策的健全發展。

（二）身心障礙標準界定不易

那些生理失能可列為身心障礙者？那些心理不正常可列為心理障礙？常常引起爭議，甚至在政府有關的身心障礙人口調查中也常出現曖昧的定義和標準。再加上導致身心障礙的因素，先天和後天環境的因素常混淆不清，更加深認定障礙標準上的困難。

（三）身心障礙者福利對象不易明確區分

一般福利服務的對象，通常指的是福利需求者本身，但身心障礙者福利不同於其他的一般福利服務，因身心障礙者福利，不僅是以身心障礙者本身為服務對象，而且還要以家庭或機構照顧身心障礙者的人為對象，如福利先進國家的身心障礙者照顧津貼（attendance allowance），就是具體的例子。然而，問題在於如何認定一位身心障礙者在家中是否需要另外一位家人的全時照顧，在實際執行時，經常會遭到很大的困擾。

（四）身心障礙者福利服務的目標不明確

由於身心障礙者福利需求的多樣化及服務對象的不易明確區分，使身心障礙福利服務的目標難以確定。

（五）其他：如身心障礙產生因素分為先天遺傳與後天環境的傷病，所以要擬定其「防治」政策極為困難，同時為避免身心障礙者終身依賴他人幫忙，因此必須重視早期發現早期療育，尤其肢體殘障之矯治或智障者之生活技能訓練等等，故非經濟發展國家是很難做到。

第三節　我國身心障礙者福利之立法

我國為照顧身心障礙者，於1980年公布「殘障福利法」，其後經1990、1995、1997、2001年分別修正，至2011年改名為「身心障礙者權益保障法」。其主要內容如下：

第一章　總　　則

第　一　條　為維護身心障礙者之權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展，特制定本法。

第　二　條　本法所稱主管機關：在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

本法所定事項，涉及各目的事業主管機關職掌者，由各目的事業主管機關辦理。前二項主管機關及各目的事業主管機關權責劃分如下：

一、主管機關：身心障礙者人格維護、經濟安全、照顧支持與獨立生活機會等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

二、衛生主管機關：身心障礙者之鑑定、保健醫療、醫療復健與輔具研發等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

三、教育主管機關：身心障礙者教育權益維護、教育資源與設施均衡配置等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

四、勞工主管機關：身心障礙者之職業重建、就業促進與保障、勞動權益與職場安全衛生等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

五、建設、工務、住宅主管機關：身心障礙者住宅、公共建築物、公共設施之總體規劃與無障礙生活環境等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

六、交通主管機關：身心障礙者生活通信、大眾運輸工具、交通設施與公共停車場等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

七、財政主管機關：身心障礙者與身心障礙福利機構稅捐之減免等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

八、金融主管機關：金融機構對身心障礙者提供金融商業保險、財產信託等服務之規劃、推動及監督等事項。

九、法務主管機關：身心障礙者犯罪被害人保護、受刑人更生保護與收容環境改善等相關權益之規劃、推動及監督等事項。

十、警政主管機關：身心障礙者人身安全保護與失蹤身心障礙者協尋之規劃、推動及監督等事項。

十一、體育主管機關：身心障礙者體育活動與運動輔具之規劃、推動及監督等事項。

十二、文化主管機關：身心障礙者精神生活之充實與藝文活動參與之規劃、推動及監督等事項。

十三、採購法規主管機關：政府採購法有關採購身心障礙者之非營利產品與勞務之規劃、推動及監督等事項。

十四、通訊傳播主管機關：主管身心障礙者無障礙資訊和通訊技術及系統、通訊傳播傳輸內容無歧視等相關事宜之規劃、推動及監督等事項。

十五、其他身心障礙權益保障措施：由各相關目的事業主管機關依職權規劃辦理。

第　三　條　　中央主管機關掌理下列事項：

一、全國性身心障礙福利服務權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導事項。

二、對直轄市、縣（市）政府執行身心障礙福利服務權益保障之監督及協調事項。

三、中央身心障礙福利經費之分配及補助事項。

四、對直轄市、縣（市）身心障礙福利服務之獎助及評鑑之規劃事項。

五、身心障礙福利服務相關專業人員訓練之規劃事項。

六、國際身心障礙福利服務權益保障業務之聯繫、交流及合作事項。

七、身心障礙者保護業務之規劃事項。

八、全國身心障礙者資料統整及福利服務整合事項。

九、全國性身心障礙福利機構之輔導、監督及評鑑事項。

十、其他全國性身心障礙福利服務權益保障之策劃及督導事項。

第 四 條　直轄市、縣（市）主管機關掌理下列事項：

一、中央身心障礙福利服務權益保障政策、法規及方案之執行事項。

二、直轄市、縣（市）身心障礙福利服務權益保障政策、自治法規與方案之規劃、訂定、宣導及執行事項。

三、直轄市、縣（市）身心障礙福利經費之分配及補助事項。

四、直轄市、縣（市）身心障礙福利服務之獎助與評鑑之規劃及執行事項。

五、直轄市、縣（市）身心障礙福利服務相關專業人員訓練之規劃及執行事項。

六、身心障礙者保護業務之執行事項。

七、直轄市、縣（市）轄區身心障礙者資料統整及福利服務整合執行事項。

八、直轄市、縣（市）身心障礙福利機構之輔導設立、

監督及評鑑事項。

九、其他直轄市、縣（市）身心障礙福利服務權益保障之策劃及督導事項。

第　五　條　本法所稱身心障礙者，指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：

一、神經系統構造及精神、心智功能。

二、眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛。

三、涉及聲音與言語構造及其功能。

四、循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能。

五、消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能。

六、泌尿與生殖系統相關構造及其功能。

七、神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能。

八、皮膚與相關構造及其功能。

第　六　條　直轄市、縣（市）主管機關受理身心障礙者申請鑑定時，應交衛生主管機關指定相關機構或專業人員組成專業團隊，進行鑑定並完成身心障礙鑑定報告。

前項鑑定報告，至遲應於完成後十日內送達申請人戶籍所在地之衛生主管機關。衛生主管機關除核發鑑定費用外，至遲應將該鑑定報告於十日內核轉直轄市、縣（市）主管機關辦理。

第一項身心障礙鑑定機構或專業人員之指定、鑑定人員之資格條件、身心障礙類別之程度分級、鑑定向度與基準、鑑定方法、工具、作業方式及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

辦理有關障礙鑑定服務所需之經費，由直轄市、縣

（市）衛生主管機關編列預算支應。

第 七 條　直轄市、縣（市）主管機關應於取得衛生主管機關所核轉之身心障礙鑑定報告後，籌組專業團隊進行需求評估。

前項需求評估，應依身心障礙者障礙類別、程度、家庭經濟情況、照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素為之。

直轄市、縣（市）主管機關對於設籍於轄區內依前項評估合於規定者，應核發身心障礙證明，據以提供所需之福利及服務。

第一項評估作業得併同前條鑑定作業辦理，有關評估作業與鑑定作業併同辦理事宜、評估專業團隊人員資格條件、評估工具、作業方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關會同中央衛生主管機關定之。

第 十 條　主管機關應遴聘（派）身心障礙者或其監護人代表、身心障礙福利學者或專家、民意代表與民間相關機構、團體代表及各目的事業主管機關代表辦理身心障礙者權益保障事項；其中遴聘身心障礙者或其監護人代表及民間相關機構、團體代表之比例，不得少於三分之一。

前項之代表，單一性別不得少於三分之一。

第十一條　各級政府應至少每五年舉辦身心障礙者之生活狀況、保健醫療、特殊教育、就業與訓練、交通及福利等需求評估及服務調查研究，並應出版、公布調查研究結果。

行政院每十年辦理全國人口普查時，應將身心障礙者人口調查納入普查項目。

第十二條　身心障礙福利經費來源如下：

一、各級政府按年編列之身心障礙福利預算。

二、社會福利基金。

三、身心障礙者就業基金。

四、私人或團體捐款。

五、其他收入。

第十四條　身心障礙證明有效期限最長為五年，身心障礙者應於效期屆滿前九十日內向戶籍所在地之直轄市、縣（市）主管機關申請辦理重新鑑定及需求評估。

身心障礙者於其證明效期屆滿前六十日尚未申請辦理重新鑑定及需求評估者，直轄市、縣（市）主管機關應以書面通知其辦理。但其障礙類別屬中央衛生主管機關規定無法減輕或恢復，無須重新鑑定者，得免予書面通知，由直轄市、縣（市）主管機關逕予核發身心障礙證明，或視個案狀況進行需求評估後，核發身心障礙證明。

第十六條　身心障礙者之人格及合法權益，應受尊重及保障，對其接受教育、應考、進用、就業、居住、遷徙、醫療等權益，不得有歧視之對待。

公共設施場所營運者，不得使身心障礙者無法公平使用設施、設備或享有權利。

第十七條　身心障礙者依法請領各項福利給付或補助之權利，不得作為扣押、讓與或供擔保之標的。

第十九條　各級主管機關及目的事業主管機關應依服務需求之評估結果，提供個別化、多元化之服務。

第二十條　為促進身心障礙輔具資源整合、研究發展及服務，中央主管機關及目的事業主管機關應推動辦理身心障礙輔具資源管理及研究發展等相關事宜。

第二章　保健醫療權益

第二十一條　中央衛生主管機關應規劃整合醫療資源，提供身心障礙者健康維護及生育保健。

直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦身心障礙者健康檢查及保健服務，並依健康檢查結果及身心障礙者意願，提供追蹤服務。

前項保健服務、追蹤服務、健康檢查項目及方式之準則，由中央衛生主管機關會同中央主管機關定之。

第二十二條　各級衛生主管機關應整合醫療資源，依身心障礙者個別需求提供保健醫療服務，並協助身心障礙福利機構提供所需之保健醫療服務。

第二十三條　醫院應為無法自行表達需求或有其他特殊需求之身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。

醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項：

一、居家照護建議。

二、復健治療建議。

三、社區醫療資源轉介服務。

四、居家環境改善建議。

五、輔具評估及使用建議。

六、轉銜服務。

七、生活重建服務建議。

八、心理諮商服務建議。

九、其他出院準備相關事宜。

第二十六條　身心障礙者醫療復健所需之醫療費用及醫療輔具，尚未納入全民健康保險給付範圍者，直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果補助之。

前項補助辦法，由中央衛生主管機關會同中央主管機關定之。

第三章　教育權益

第二十七條　各級教育主管機關應根據身心障礙者人口調查之資料，規劃特殊教育學校、特殊教育班或以其他方式教育不能就讀於普通學校或普通班級之身心障礙者，以維護其受教育之權益。

各級學校對於經直轄市、縣（市）政府鑑定安置入學或依各級學校入學方式入學之身心障礙者，不得以身心障礙、尚未設置適當設施或其他理由拒絕其入學。

各級特殊教育學校、特殊教育班之教師，應具特殊教育教師資格。

第一項身心障礙學生無法自行上下學者，應由政府免費提供交通工具；確有困難，無法提供者，應補助其交通費；直轄市、縣（市）教育主管機關經費不足者，由中央教育主管機關補助之。

第三十條　各級教育主管機關辦理身心障礙者教育及入學考試時，應依其障礙類別與程度及學習需要，提供各項必需之專業人員、特殊教材與各種教育輔助器材、無障礙校園環境、點字讀物及相關教育資源，以符公平合理接受教育之機會與應考條件。

第三十一條　各級教育主管機關應依身心障礙者教育需求，規劃辦理學前教育及視覺功能障礙者可使用之圖書資源，並獎勵民間設立學前機構、視覺功能障礙者圖書館（室），提供課後照顧服務，研發教具教材、視覺功能障礙者讀物等服務。

公立幼稚園、托兒所、課後照顧服務，應優先收托身心障礙兒童，辦理身心障礙幼童學前教育、托育服務及相關專業服務；並獎助民間幼稚園、托兒所、課後照顧服務收托身心障礙兒童。

第四章　就業權益

第三十三條　各級勞工主管機關應依身心障礙者之需求，自行或結合民間資源，提供無障礙個別化職業重建服務。

前項所定職業重建服務，包括職業輔導評量、職業訓練、就業服務、職務再設計、創業輔導及其他職業重建服務。

第三十四條　各級勞工主管機關對於具有就業意願及就業能力，而不足以獨立在競爭性就業市場工作之身心障礙者，應依其工作能力，提供個別化就業安置、訓練及其他工作協助等支持性就業服務。

各級勞工主管機關對於具有就業意願，而就業能力不足，無法進入競爭性就業市場，需長期就業支持之身心障礙者，應依其職業輔導評量結果，提供庇護性就業服務。

第三十五條　直轄市、縣（市）勞工主管機關為提供第三十三條第二項之職業訓練、就業服務及前條之庇護性就業服務，應推動設立下列機構：

一、職業訓練機構。

二、就業服務機構。

三、庇護工場。

前項各款機構得單獨或綜合設立。

第一項之私立職業訓練機構、就業服務機構、庇護工場，應向當地直轄市、縣（市）勞工主管機關申請設立許可，經發給許可證後，始得提供服務。

未經許可，不得提供第一項之服務。但依法設立之機構、團體或學校接受政府委託辦理者，不在此限。

第一項機構之設立許可、設施與專業人員配置、資格、遴用、培訓及經費補助之相關準則，由中央勞工主管機關定

之。

第三十八條　各級政府機關、公立學校及公營事業機構員工總人數在三十四人以上者，進用具有就業能力之身心障礙者人數，不得低於員工總人數百分之三。

私立學校、團體及民營事業機構員工總人數在六十七人以上者，進用具有就業能力之身心障礙者人數，不得低於員工總人數百分之一，且不得少於一人。

前二項各級政府機關、公、私立學校、團體及公、民營事業機構為進用身心障礙者義務機關（構）；其員工總人數及進用身心障礙者人數之計算方式，以各義務機關（構）每月一日參加勞保、公保人數為準；第一項義務機關（構）員工員額經核定為員額凍結或列為出缺不補者，不計入員工總人數。

前項身心障礙員工之月領薪資未達勞動基準法按月計酬之基本工資數額者，不計入進用身心障礙者人數及員工總人數。但從事部分工時工作，其月領薪資達勞動基準法按月計酬之基本工資數額二分之一以上者，進用二人得以一人計入身心障礙者人數及員工總人數。

辦理庇護性就業服務之單位進用庇護性就業之身心障礙者，不計入進用身心障礙者人數及員工總人數。

依第一項、第二項規定進用重度以上身心障礙者，每進用一人以二人核計。

警政、消防、關務、國防、海巡、法務及航空站等單位定額進用總人數之計算範圍，得於本法施行細則另定之。

第三十九條　各級政府機關、公立學校及公營事業機構為進用身心障礙者，應洽請考試院依法舉行身心障礙人員特種考試，並取消各項公務人員考試對身心障礙人員體位之不合理限制。

第四十條　　進用身心障礙者之機關（構），對其所進用之身心障礙者，應本同工同酬之原則，不得為任何歧視待遇，其所核發之正常工作時間薪資，不得低於基本工資。

庇護性就業之身心障礙者，得依其產能核薪；其薪資，由進用單位與庇護性就業者議定，並報直轄市、縣（市）勞工主管機關核備。

第四十二條　　身心障礙者於支持性就業、庇護性就業時，雇主應依法為其辦理參加勞工保險、全民健康保險及其他社會保險，並依相關勞動法規確保其權益。

庇護性就業者之職業災害補償所採薪資計算之標準，不得低於基本工資。

庇護工場給付庇護性就業者之職業災害補償後，得向直轄市、縣（市）勞工主管機關申請補助；其補助之資格條件、期間、金額、比率及方式之辦法，由中央勞工主管機關定之。

第四十六條　　非視覺功能障礙者，不得從事按摩業。但醫護人員以按摩為病人治療者，不在此限。

第四十七條　　為因應身心障礙者提前老化，中央勞工主管機關應建立身心障礙勞工提早退休之機制，以保障其退出職場後之生活品質。

第五章　支持服務

第四十八條　　為使身心障礙者不同之生涯福利需求得以銜接，直轄市、縣（市）主管機關相關部門，應積極溝通、協調，制定生涯轉銜計畫，以提供身心障礙者整體性及持續性服務。

第五十條　　直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，以協助身心障礙者獲得所需之個人照顧：

一、居家照顧。

二、生活重建。

三、心理重建。

四、社區居住。

五、婚姻及生育輔導。

六、日間及住宿式照顧。

七、課後照顧。

八、其他有關身心障礙者個人照顧之服務。

第五十一條　　直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，以提高家庭照顧身心障礙者之能力：

一、臨時及短期照顧。

二、照顧者支持。

三、家庭托顧。

四、照顧者訓練及研習。

五、其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

前條及前項之服務措施，中央主管機關及中央各目的事業主管機關於必要時，應就其內容、實施方式、服務人員之資格、訓練及管理規範等事項，訂定辦法管理之。

第五十二條　　直轄市、縣（市）主管機關應辦理下列服務，以協助身心障礙者參與社會：

一、休閒及文化活動。

二、體育活動。

三、公共資訊無障礙。

四、公平之政治參與。

五、法律諮詢及協助。

六、無障礙環境。

七、輔助科技設備及服務。

八、社會宣導及社會教育。

九、其他有關身心障礙者社會參與之服務。

第五十六條 公共停車場應保留百分之二停車位，作為行動不便之身心障礙者專用停車位，車位未滿五十個之公共停車場，至少應保留一個身心障礙者專用停車位。非領有專用停車位識別證明者，不得違規占用。

前項專用停車位識別證明，應依需求評估結果核發。

第一項專用停車位之設置地點、空間規劃、使用方式、識別證明之核發及違規占用之處理，由中央主管機關會同交通、營建等相關單位定之。

第五十七條 新建公共建築物及活動場所，應規劃設置便於各類身心障礙者行動與使用之設施及設備。未符合規定者，不得核發建築執照或對外開放使用。

第五十八條 身心障礙者搭乘國內大眾運輸工具，憑身心障礙證明，應予半價優待。

身心障礙者經需求評估結果，認需人陪伴者，其必要陪伴者以一人為限，得享有前項之優待措施。

第一項之大眾運輸工具，身心障礙者得優先乘坐，非屬地方政府轄管者，其優待措施並不得有設籍之限制。

第五十九條 身心障礙者進入收費之公營風景區、康樂場所或文教設施，憑身心障礙證明應予免費；其為民營者，應予半價優待。

身心障礙者經需求評估結果，認需人陪伴者，其必要陪伴者以一人為限，得享有前項之優待措施。

第六十條 視覺功能障礙者由合格導盲犬陪同或導盲犬專業訓練人員於執行訓練時帶同導盲幼犬，得自由出入公共場所、公共建築物、營業場所、大眾運輸工具及其他公共設施。

前項公共場所、公共建築物、營業場所、大眾運輸工具及其他公共設施之所有人、管理人或使用人，不得對導盲幼犬及合格導盲犬收取額外費用，且不得拒絕其自由出入或附加其他出入條件。

導盲犬引領視覺功能障礙者時，他人不得任意觸摸、餵食或以各種聲響、手勢等方式干擾該導盲犬。

第六十一條　直轄市、縣（市）政府應設置申請手語翻譯服務窗口，提供聽覺功能或言語功能障礙者參與公共事務所需之服務。

第六十六條　身心障礙福利機構應投保公共意外責任保險及具有履行營運之擔保能力，以保障身心障礙者權益。

前項應投保之保險範圍及金額，由中央主管機關會商中央目的事業主管機關定之。

第一項履行營運之擔保能力，其認定標準，由所在地直轄市、縣（市）主管機關定之。

第六十七條　身心障礙者申請在公有公共場所開設零售商店或攤販，申請購買或承租國民住宅、停車位，政府應保留一定比率優先核准；其保留比率，由直轄市、縣（市）政府定之。

前項受核准者之經營條件、出租轉讓限制，依各目的事業主管機關相關規定辦理；其出租、轉讓對象應以其他身心障礙者為優先。

身心障礙者購買或承租第一項之商店或攤販，政府應提供低利貸款或租金補貼；其辦法由中央主管機關定之。

第六十九條　身心障礙福利機構或團體、庇護工場，所生產之物品及其提供之服務，於合理價格及一定金額以下者，各級政府機關、公立學校、公營事業機構及接受政府補助之機構、團體、私立學校應優先採購。

第六章　經濟安全

第七十一條　直轄市、縣（市）主管機關對轄區內之身心障礙者，應依需求評估結果，提供下列經費補助，並不得有設籍時間之限制：

一、生活補助費。

二、日間照顧及住宿式照顧費用補助。

三、醫療費用補助。

四、居家照顧費用補助。

五、輔具費用補助。

六、房屋租金及購屋貸款利息補貼。

七、購買停車位貸款利息補貼或承租停車位補助。

八、其他必要之費用補助。

前項經費申請資格、條件、程序、補助金額及其他相關事項之辦法，除本法及其他法規另有規定外，由中央主管機關及中央目的事業主管機關分別定之。

直轄市、縣（市）主管機關為辦理第一項第一款、第二款、第六款、第七款業務，應於會計年度終了前，主動將已核定補助案件相關資料，併同有關機關提供之資料重新審核。但直轄市、縣（市）主管機關於申領人申領資格變更或審核認有必要時，得請申領人提供相關證明文件。

不符合請領資格而領取補助者，由直轄市、縣（市）主管機關以書面命本人自事實發生之日起六十日內繳還；屆期未繳還者，依法移送行政執行。

第七十二條　對於身心障礙者或其扶養者應繳納之稅捐，依法給予適當之減免。

納稅義務人或與其合併申報納稅之配偶或扶養親屬為身心障礙者，應准予列報身心障礙特別扣除額，其金額於所得稅法定之。

身心障礙者或其扶養者依本法規定所得之各項補助，應免納所得稅。

第七十三條　身心障礙者加入社會保險，政府機關應依其家庭經濟條件，補助保險費。

第七章　保護服務

第七十四條　傳播媒體報導身心障礙者或疑似身心障礙者，不得使用歧視性之稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽人對身心障礙者產生歧視或偏見之報導。

身心障礙者涉及相關法律事件，未經法院判決確定其發生原因可歸咎於當事人之疾病或其身心障礙狀況，傳播媒體不得將事件發生原因歸咎於當事人之疾病或其身心障礙狀況。

第七十五條　對身心障礙者不得有下列行為：

一、遺棄。

二、身心虐待。

三、限制其自由。

四、留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境。

五、利用身心障礙者行乞或供人參觀。

六、強迫或誘騙身心障礙者結婚。

七、其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為。

第七十六條　醫事人員、社會工作人員、教育人員、警察人員及其他執行身心障礙服務業務人員，知悉身心障礙者有前條各款情形之一者，應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過二十四小時。

村（里）長及其他任何人知悉身心障礙者有前條情形者，得通報直轄市、縣（市）主管機關。

前二項通報人之身分資料，應予保密。

第七十七條　依法令或契約對身心障礙者有扶養義務之人，有喪失扶養能力致使身心障礙者有生命、身體之危難或生活陷於困境之虞者，直轄市、縣（市）主管機關得依本人、扶養義務人之申請或依職權，經調查評估後，予以適當安置。

前項之必要費用，除直轄市、縣（市）主管機關依第七十一條第一項第二款給予補助者外，由身心障礙者或扶養義務人負擔。

第八十四條　法院或檢察機關於訴訟程序實施過程，身心障礙者涉訟或須作證時，應就其障礙類別之特別需要，提供必要之協助。

刑事被告或犯罪嫌疑人因智能障礙無法為完全之陳述時，直轄市、縣（市）主管機關得依刑事訴訟法第三十五條規定，聲請法院同意指派社會工作人員擔任輔佐人。

第八十五條　身心障礙者依法收容於矯正機關時，法務主管機關應考量矯正機關收容特性、現有設施狀況及身心障礙者特殊需求，作必要之改善。

第四節　我國身心障礙者福利政策與立法之展望

一、在政策上以「能力缺陷」的概念替代障礙

身心障礙者福利服務的積極目標，乃在協助障礙者復健，以達「殘而不廢」。所以在概念上，障礙者只是某方面的能力缺陷，如果給予適當的協助，應該可以恢復全部或一部分功能。事實上，每個人或多或少都有某方面的能力缺

陷，或早或晚也可能產生能力缺陷，衰老就是其中顯例。因此，為尊重障礙者人格尊嚴，宣示身心障礙者福利服務的積極意義，在政策上不妨參考前述美國「障礙者法案」（Disabilities Act）公布時，布希（Bosh）總統發表演說所特別強調要以「能力缺陷」（the disabled）代替「障礙者」（the handicapped）的概念（林勝義等著，2004）。

二、積極研修身心障礙者權益相關保障法規

身心障礙者保護法的修正，雖已相當周全完備，惟尚有許多議題值得思考：諸如：（1）疑似身心障礙者之強制通報責任，（2）成人障礙者之保護措施，（3）障礙等級之鑑定除醫學之診斷外，如何輔以功能性評估，（4）身心障礙者福利服務與相關福利法如何結合，（5）有關民法對監護人之選任等等議題，均宜配套訂定相關法規，俾落實維護身心障礙者之合法權益。

三、肢體與智能障礙個別立法

肢體與智能障礙兩者有很大差異，各有不同生涯學習、教育、訓練及需求，若能個別立法即可針對其福利需求施予完整而持續的福利措施。

四、強化經濟安全之保護機制

為紓緩家庭對照顧身心障礙者之壓力，設法對於障礙者及其家庭給予經濟支持乃落實身心障礙者福利服務之要務。目前關於這方面的福利措施已對中低收入之障礙者，依其障礙類別、等級及其家庭經濟狀況分別予以不同的經濟補助；同時更應配合國民年金制度之實施、安養　護及財產信託制度之建立、加強辦理生活、托育、養護及重病醫療補助等機

制，確保身心障礙者的經濟安全。

五、有效提昇機構照護品質

福利機構照護品質之優劣，直接關係在機構內受養護或安養之障礙者權益；關於提昇機構照護品質方面，除應依法輔導機構朝向社區化、小型化經營發展外，更應加強輔導未立案機構依法辦理立案；尤其對有意參與障礙者養護服務之財團法人，經依法申請障礙福利機構許可者，更應依規定給予適當、合理之補助；並配合定期辦理機構評鑑，透過公正、嚴謹的績效考核，檢視補助費運用之正當性；俾有效提昇機構照護品質，保障障礙者生活權益（陳武雄，2003）。

六、規定確實辦理障礙人口調查體制

身心障礙者權益保障法第11條規定，各級政府應至少每五年舉辦身心障礙者生活需求及服務調查研究，出版統計報告。行政院每十年辦理全國人口普查時，應將身心障礙者人口調查納入普查項目。事實上，礙於人力與財力的限制，1980年殘福利法訂頒之後，曾配合戶政機關辦理戶口普查時，附帶進行了一次身心障礙者調查。2000年，內政部舉辦第一次身心障礙國民生活需求調查，爾後，宜針對身心障礙者權益保障法第18條所規定之各種通報系統，以及身心障礙者手冊之重新鑑定，確實做好身心障礙人口調查，使障礙者之生活及合法權益能真正得到保障。

七、健全職能評估制度

為身心障礙者就業權利，必先進行職能評估，藉由各種心理測驗、情境測驗及工作樣本等評量工具，了解障礙者的身心狀況及工作能力，以鑑定其是否具有從事某項職業的能

力。目前，內政部已訂定「障礙者職能評估辦法」，但因此項工作必須與復健心理、職能治療、醫護、特殊教育等領域專業人員協調合作，亟需建立職能評估制度，以利身心障礙者獲得合理的安置與輔導。

八、加強六歲以下嬰幼兒早期通報系統落實早期療育

幼兒時期是個體發展的關鍵期(critical period)，對於嬰幼兒的障礙症候，如果能及早發現，及早療育，不僅可防止其惡化，而且有利於早日治癒或減輕其障礙程度，進而加入社會服務或生產行列（江亮演，1994）。因之身心障礙者福利服務從兒童時期做起，確實依照身心障礙者權益保障法第18條所規定，衛生機關應建立疑似身心障礙六歲以下嬰幼兒早期發現通報系統，落實「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」，以提供適時的療育與服務（林勝義等著，2004）。

九、致力推動社區照顧服務

福利社區化應是社會福利的發展取向，加強社區照顧體系之建立，更是推展身心障礙者福利服務的重要措施。身心障礙者若能就近留在社區內，運用社區資源予以妥善照顧，必能添加溫馨於里鄰而獲得敦親睦鄰之效果。因之，加強推展居家服務、日間照顧、臨時托育、短期托育、低收入戶在宅服務、評估輔具效能及協助復健訓練，以培養生活自理能力及減輕照顧者負擔等社區照顧服務，此乃身心障礙者福利服務所應努力的重點工作。

十、廣結民間資源參與福利服務

政府力量有限，民間資源無窮，社會福利如果全賴政府

力量推動，有時難免力不從心、難臻宏效。各級政府應該響應中央「民間能做的、政府不要做」的政策指示，積極推動「公設民營」的福利服務模式，廣結熱心公益、樂善好施的民間資源，共同參與各項身心障礙者的福利服務；以期障礙者的保護措施，能在公、私部門合力推 下，發揮更大的效能。

十一、善用就業基金專戶

身心障礙者雖然行 稍有不便，除極重度及重度者外，大部分均仍具有工作能力；對於尚不足進入競爭 就業市場者應提供支持性及個別化就業服務，使有工作意願者順利進入就業市場，實乃身心障礙者福利服務最具有建設性的做法。因此，如何善用就業基金專戶，依身心障礙者之實際需要，提供職業訓練、就業服務、創業貸款與就業所需輔助器具之研究發展，俾能促進有工作能力之身心障礙者普遍就業，為各地方主管機關務須全力以赴的工作重點。

十二、強化身心障礙者權益保障推動小組之功能

身心障礙者權益保障推動小組是依身心障礙者權益保障法第10條規定主管機關應設立的單位，它的組織成員涵蓋各目的事業主管機關、身心障礙者或其監護人代表、身心障礙福利學者或專家、民意代表及民間相關機構、團體代表等，且其中身心障礙者或其監護人代表、民間相關機構、團體代表等不得少於委員總數的三分之一。單一性別亦不得少於委員總數的三分之一。這個推動小組所應辦理的事項包括：（1）整合規劃、研究、諮詢、協調推動促進身心障礙者權益保障相關事宜，（2）受理身心障礙者權益受損協調事宜，

（3）其他促進身心障礙者權益及福利保障相關事宜。如果各級主管機關所設立的身心障礙者權益保障推動小組皆能充分發揮其既定的功能，相信對於身心障礙者福利服務工作的促進必將產生豐碩的成果。

十三、訂定辦法鼓勵僱主進用身心障礙者

「給他魚吃，不如教他釣魚的方法」。對於障礙者的就業服務，除了加強職業訓練以教導其謀生技能外，更重要的是協助他找到謀生的機會或場所。前述定額僱用和徵收差額補助費，固然可以促使僱主進用障礙者，但仍屬被動和消極。如果參考歐美經驗研訂辦法，以補助、減稅或低利貸款等優惠方式，來激勵僱主進用障礙者的意願，方為積極 的福利服務。

十四、加強無障礙環境之宣導與管理

一般而言，無障礙環境可以包括物理與心理兩個層面的無障礙。亦即在硬體的規劃，必須避免或消除不利於障礙者的障礙物；在軟體的服務，必須促進社會大眾對於障礙者的尊重和接納。因此，一方面要加強宣導無障礙環境的理念，以建立共識；另一方面要加強無障礙環境的管理，徹底消除導盲磚上停放汽機車或其他障礙物，留給身心障礙者一個暢通無阻的空間環境。

十五、重視社會復歸權益

社會復健是由醫學、教育、職業、社會四個層面所構成。我國應把社會復歸作為提高社會生活力之目標，因此，復健機構設施應以社會復歸為主軸，促使身心障礙者之自立（江亮演，2012）。

十六、加強各級政府身心障礙者福利計畫之推行

(一)依障礙類別、程度滿足其必要需求，積極去推行並確保其合理、便利性。

(二)推動綜合性策略與福利措施。

(三)盡力去設定具體目標。

(四)肢體和智能障礙者並重以推展福利計畫。

(五)重視障礙者個人意見，在設計中應有障礙者參與之保障。

十七、其他

身心障礙者福利服務還有許多發展的空間，例如落實為身心障礙者服務的社會福利役，由替代役或受刑人參與障礙者福利服務、實施身心障礙者個別教養方案及縮短城鄉差距、改革收容機構、支援障礙者自立自主的生活服務等，都是值得繼續努力的問題（江亮演等著，2004；江亮演等，2012）。

第 6 章

身心障礙者療育之福利措施

第六章　身心障礙者療育之福利措施

第一節　身心障礙兒童之療育（療養與教育）福利

「療育」這個名詞是在19世紀發現於歐洲，是歐洲人所倡起的，是指治療與教育之意，後來先進發展的國家如英、法、德、美等的進步國家，不但把「療育」的意義含有對身心障礙兒童的醫療性治療之外，還包含促進其人體方面的健全發育，以及教育性工作服務在內。所以，療育可以說是包括醫療、扶育（養）以及教育等三方面的含意。其對象包括：肢體殘障兒童、智障兒童之全部以及自閉症兒童、重度身心障礙、雙重或多重障礙兒童等等，是醫療、扶育、教育的一種綜合性的福利服務。

由於兒童的發育是有時間性，有些疾病如弱視等或肢體殘缺以及智能發展遲緩等兒童，若能在早期掌握其醫療或矯治時間，即可達到很好的治療矯治效果。因此，就有「早期發現早期治療或教育」之「早期療育」名詞出來。

一、身心障礙者兒童療育（治療與養育教育）機構

（一）收容之療育機構

是一種療育活動場所，包括：設施、設備、工作場所等如：

1. 智能障礙兒童療育機構：收容智能障礙兒童的療育機構。
2. 自閉症兒童療育機構：收容自閉症兒童的療育機構。
3. 肢體障礙兒童療育機構：收容肢體殘缺兒童的療育機構。
4. 肢體障礙兒童療養機構：收容重度或雙重、多重的肢體障

礙者養護或療養的機構。

5. 盲童療育機構：收容失明盲童的療育機構。
6. 聾童療育機構：收容耳聾兒童的療育機構。
7. 重度身心障礙兒童療育機構：收容重度、雙重或多重的身心障礙兒童的療育機構。

(二)日間托育或療育機構

是收托未滿3歲兒童而由母親陪同療育的機構如：

1. 自閉症兒童日托機構：日間收托自閉症兒童療育之機構。
2. 智能障礙兒童日托機構：日間收托智能障礙兒童療育之機構。
3. 肢體殘障兒童日托機構：日間收托肢體殘障兒童療育之機構。
4. 聽覺障礙兒童日托機構：日間收托聽障兒童療育之機構。
5. 重度身心障礙委託病床：附設在國立療養院（所）內，供重度身心障礙兒童療育之病床。
6. 筋骨萎縮症兒童之病床：附設在國立療養院（所）內，供筋骨萎縮症兒童療育之病床。
7. 身心障礙兒童日托機構：是在鄉鎮市區設立身心障礙兒童療育的日托機構。
8. 身心障礙兒童日托綜合性服務中心：在人口超過30萬人以上之地區，所設立之身心障礙兒童綜合性療育服務的機構，內部設置專任醫師、護士、以及各種物理或水療之治療師，以達早期發現早期治療之目的、目標的機構。

(三)今後身心障礙兒童的療育課題

1. 城鄉差距問題：財力、人力、物力的差距，如何去縮小差距是一重大課題。

2. 綜合保育：應加強與社區幼稚園，托兒所相連結，促進身心障礙兒童參與團體活動，提供其就學以及生活體驗的機會（江亮演，2001）。

二、身心障礙兒童的教育

（一）身心障礙兒童教育制度

1. **特殊教育：**是依身心障礙等級種類給于不同教育，不但能在一般學校學級指導，而且對於無法達到充分教育效果之兒童、學童也能發揮其最大限度能力（潛能），實現其社會自立與參與的可能為目的之一種教育制度。不過最近也有些先進國家把身心障礙兒童教育也包含在特殊教育內，但是特殊教育本來是以天才兒童為主；一般為區別身心障礙兒童與天才兒童兩者的教育之不同，所以，把特殊教育只指天才兒童的教育，而把身心障礙兒童教育只指心身障礙兒童的教育，但現在兩者是混合在一起。
2. **教養（養護）學校義務化與就學延後或免除：**以智能障礙、肢體殘缺、病弱等兒童為對象，依其實況給于必要之教育或延後就學以及免除其就學義務。

（1）學制教育制度：國民教育義務化、全民化，但有些特殊智能障礙或肢體障礙以及病弱之兒童，依實況給于延後或免除就學。

（2）實現全體身心障礙兒童就學：各縣市應設置各種教養（養護）學校，除了上述特殊智障肢殘、病弱兒童無法就學外，所有身心障礙兒童應給于就學機會。因接受國民教育是國民的義務，也是權利。

（3）有必要延後就學之制度與標準：有些特殊身心障礙或病弱兒童無法與一般兒童一樣按年齡就學，所以必須有延後就學認定標準及延後就學的制度。

（4）免除就學身心障礙兒童之基準，有些重度或雙重多重障礙或病弱，實在無法就學，必須有認定基準及免就學的制度（江亮演，2001）。

（二）身心障礙兒童教育機構與教育課程

1.盲、聾、啞與教養（養護）學校等等特殊教育學校

依分類分別教育即：

（1）類型：

分盲、聾、啞專門學校，也就是有相當程度之障礙而必須以專業性專門性援助的兒童為對象，而給于必要之學習機會與場所。教養（養護）學校通常是以肢體、智能等障礙，以及病弱的兒童為主，分類分別給于必要的教育。

（2）教育課程：

①基礎課程：通常盲、聾、啞學校及教養（養護）學校（或機構）都以「教育綱領」作為其指導教學的綱領基礎，推行教養、訓練等個別指導。

②特別指導：對有特別需要之障礙者，盡量給于特別考慮減輕其障礙，促進其身心發展為目的，所推行的一種特別指導教育。

③個別輔導教導：盲、聾、啞等學校與教養（養護）學校，其教學（教育）課程是依身心障礙狀況作個別的輔導與教學。同時為考慮身心障礙者的特性而推行職業教育，此為此教育制度的最大特徵。但為了應付身心障礙的重度化、雙重或多重化之重複教導，尤其是肢體障礙的教養（養護）學校，重度、雙重、多重的身心障礙者須醫療照顧教育與職業訓練者是越來越多。因此，雖然說是障礙者教育，還不如說是障礙者的健康管理來得更恰當。

2.特殊學級

以中輕度障礙兒童為對象，依其障礙的種類、程度分別給于不同教育，也就是把智能障礙、肢體障礙、病弱、虛弱、弱視、聽覺障礙、語言障礙、過動兒、情緒暴燥、自閉症等兒童分別分類分班教學。

特殊學級教育原則上以在一般中、小學校學習為主，必要時再參考盲、聾、啞、教養（養護）學校（機構）的指導綱領之教育課程。不過其班級比其他一般班級的人數少，有時依需要採取一對一的指導。

3.普通學級的指導

一般是以輕度障礙兒童為對象，任何課程、活動都跟一般學生一起學習，若有必要即以通級指導教室（資源教室）來輔導，尤其是語言障礙為中心之特殊考慮。不過通級指導教室（資源教室），除以語言障礙兒為主外，也分為情緒障礙、弱視…等課程，來因應其他需要的障礙兒童。

4.一般（常態）學級的綜合教育

為能與一般學生有同樣學習效果，不但沒有障礙者資源教室，也沒有障礙兒童特別輔導，都與一般學生沒有兩樣。

（三）障礙兒童教育之對象

1.特殊教育學校之對象

（1）接受特殊教育之學生：

①特殊教育各種學校之就學者。

②特殊學級之就學者。

③普通（含一般學級）學級之就學者。

（2）就學義務延後或免除者如前述。

2.特殊教育各種學校

（1）啟明學校（盲生）。

（2）啟聰學校（聾生）。

（3）啞吧學校（啞吧學童學生）。

（4）教養（養護）學校或機構（智障、肢殘、病弱以及其他如弱視、情緒障礙、過動兒、自閉症等兒童）。

（四）高等特殊教育的出路

1. **升學與訓練**

（1）各種特殊學校合併的專科學校如：①啟明專校培育盲生之針灸師、按摩師、鋼琴調音師之職業訓練、②啞吧專校培育啞吧理髮師、稅務師、會計師之職業教育、③啟聰專校培育聾生之農耕、商業、工業等人才之職業教育。

（2）大學（含學院）：大約有1－2%的障礙生有機會升大學。

（3）職業訓練：約有5%左右障礙生能接受專修學校或專門職業訓練學校以及職業訓練機構的職業訓練。

2. **就業：**

接受啟明、啟聰等特殊學校（高職以下）教育（畢業）者約有30%畢業生就業。

（五）其他社會福利機構或醫療機構之障礙者

1. 在庇護工廠工作與被收容於養護等機構以及醫療機構療養之障礙者約占全部障礙者的50%。
2. 在家生活者約占全部障礙者的13%（江亮演，2001）。

三、身心障礙兒童教育之課程

（一）分野與連結問題

1. 盲、聾、啞等之各種類型的教養（養護）學校，如何繼續經營下去，為其繼續生存有何策略與如何經營管理之方法

是一大課題。

2. 障礙者的醫療、營養、保健等如何管理？如何與教育連結？也是很大問題。
3. 對障礙者的教養（養護）、訓練如何才能滿足他（她）們的需求問題。
4. 如何訓練與配置物理治療師（P.T）、工作治療師（OT）、語言治療師（ST）等專門（專業）人員，也是一大課題。
5. 現職人員之職前或在職教育與訓練的問題。

（二）福利、勞動與教育的連結

6－18歲的醫療復健或矯治，尤其學前的療育或畢業後之出路，都必須與福利、勞動就業相連結。

（三）綜合教育的推展

1. 機會均等：不論性別、年齡、種族…等之不同，都應力求受教育的機會之均等。
2. 在綜合環境中接受教育：在各種環境中接受教育。
3. 改善普通教育：使障礙生能在一般學校各年級與一般學生一起上課，而適應良好。
4. 重視特別（殊）需要教育（Special needs education）：對特別需要之障礙生，提供與一般不同之特別教育。
5. 提供學習障礙兒童的特別輔導服務：如對被欺辱或拒絕上學的障礙兒童，提供特別的輔導服務。

第二節　我國的特殊教育實況

一、我國障礙兒童特殊教育之安置形態

障礙學童（兒童）特殊教育的安置一般來說可分為與一

般學生兒童隔離之「隔離制」如特殊教育學校、特殊兒童，以及與一般學生兒童混合的「混合制」如「融合教育」等。

（一）特殊教育學校

通常分為：「通學」、「住宿」、「混合」等三制，國內的啟明及啟聰學校是採取通學、住宿並行的混合制。依我國1989－1992年第二次普查，障礙兒童安置在特殊學校的比例占全體身心障礙兒童的2.65%（吳武典，1998）。

- 優點：①專業師資、復健人員制度健全、②設備較齊全符合需要、③較有合適的教材設計、④可提供清寒學生良好的居住及學習環境、⑤適合重度身心障礙兒童上課、⑥班級人數少較能重視個別差異的問題、⑦一般家庭經濟較能負擔。
- 缺點：①違反回歸主流原則，減低其社會適應能力、②易給障礙學生作標記、③易受通學條件之限制，不少障礙學生無法入學、④住宿制剝奪身心障礙學生的家庭生活經驗、⑤學校設置需大量之財力、物力、人力投入、⑥校地難找（黃志成等編著，2000）。

（二）特殊班

可分為下列三類：

1. 自足制特殊班：特殊老師濟全專心於全部障礙學生之教學工作。
2. 合作特殊班：或稱部分時間特殊班，障礙學生一天中，有一部分的時間在特殊班上課，另一部份的時間在一般的普通班上課。
3. 資源教室：障礙學生大部分時間在普通班上課，小部分時間則在資源教室上課，其目的，在於協助其障礙的改善或因障礙無法在普通班滿足的學習需求如：全盲視障生在資

源教室可學習點字，聽障生即可在資源教室學習讀唇及發音練習等（黃志成等編著，2000），同時啞吧學生亦可利用資源教室學習手語等。

- 優點：①可普遍化設置、②所需經費較特殊學校少、③可視為部分的回歸主流、④較有合適的教材設計、⑤對輕、中度障礙學生較合適、⑥班級人數少可依個別差異作因材施教等。
- 缺點：①專業特教老師難找、②在普通學校裡易被標記、③設備齊全不易等。我國身心障礙兒童安置在特殊班（含自足制、合作制）的比例占身心障礙兒童的10.89%，安置在資源教室者占0.89%（吳武典，1998）。

（三）普通班

與普通學生混合就讀，此情形以肢體障礙學生最為普遍，同時可在校內或教育行政單位（如教育局）設立諮詢老師或巡回老師，作為普通班老師諮詢的對象，也可指導學生學習。

- 優點：①符合回歸主流原則、②適合輕度障礙學生、③無經費、員額編制以及地理條件的限制、④不會給學生作標記、⑤提高身心障礙學生的就業率。
- 缺點：①不易網羅專業特殊老師、②無法為少數身心障礙學生作較完善的設備、③老師上課較無法兼顧身心障礙學生的個別特殊需要、④巡迴教師指導時間有限，不易彰顯其效果（黃志成等編著2000）。依我國1989－1992年第二次普查資料發現，大多數（約占80%）的身心障礙兒童均在一般學校的普通班上課就讀，各類身心障礙兒童就讀於普通班的百分比，依序為：顏面傷殘97.08%、語言障礙94.51%、身體病弱93.65%、肢體障礙89.15%、視覺障礙88.04%、聽覺障礙

38.945、自閉症33.87%（吳武典，1998）。

（四）床邊教學

黃志成、王麗美教授認為床邊教學就是病床邊的教學，在醫院所成立的特殊班或個別指導身心障礙學生課業的一種教育。這種教學是以罹患慢性疾病如：心臟、腎臟、肝臟、肺臟等病患者或其他身心障礙兒童需要在醫院長期復健者為對象，以醫療為主，教育、學習為輔，但可彈 調整，教學方式採老師面授、電視教學（錄影帶）、廣播等。

- 優點：①讓身心障礙學生的課業不至於荒廢、②能注意個別的需要、③可因材施教。
- 缺點：①違反回歸主流，降低社會適應能力、②剝奪家庭及學校學生活經驗、③醫生、護士、老師、家長、學童之配合不易。

（五）教育體制外機構

我國特殊教育法第34條規定「各主管機關得依申請核准或委託社會福利機構、醫療機構及少年矯正學校，辦理身心障礙教育」。此為教育體制外機構辦理特殊教育的法源依據，目前在國內無論是公、私立養護機構，有不少單位設有特殊班如：台北市立陽明教養院、台北市私立第一兒童發展中心等。這些機構的特殊班師資，一般是由鄰近的學校派老師支援，學生之學籍也在鄰近學校，就讀對象通常是以中、重度障礙學生為主。

- 優點：①免於學生通學之不便、②可配合養護機構的設備、設施教學、③機構可支援一部分人力包括行政、復健、保育等人員協助教學、④提高身心障礙學生的就學率。
- 缺點：①違反回歸主流原則、②減低其社會適應機會與適應

能力、③剝奪家庭及學校學習生活經驗（黃志成等編著，2000）。不過依我國身心障礙兒童安置在教養機構者才約占2.3%（吳武典，1998）。

（六）在家教育

我國1987年開始試辦「在家自行教育」計畫，並以重度身心障礙者為主要對象。在各縣市政府教育局或學校設置輔導員，每週提供1－2次到家輔導服務。輔導內容分為：知識的傳授、心理輔導、行為矯正等，甚至對家長作輔導。輔導方式除巡迴面授外，還利用函授、電視、廣播等教學活動。

- 優點：①不要設施、設備，節省經費、②方便，只派輔導員作在宅教學即可、③可結合教育與家庭之資源（江亮演，2000）。
- 缺點：①家裏認為此種點狀式輔導於事無補、②家長的干擾、③巡迴輔導員之定位問題，缺乏法令依據、④輔導員常感覺心有餘而力不足現象，對兒童沒有實質的幫助、⑤缺乏適當的教材可資應用、⑥部分家長缺乏正確的輔導及教養觀念，常讓這些身心障礙者飽食而已（吳武典，1989）。此外，蔣興傑在1996年調查「在家自行教育」的學生家長之意見，而發現不少問題因而提出下列建議如：①「在家自行教育」之名稱宜改為「在家教育」以符事實（現已改為在家教育）。②各縣市應落實「巡迴輔導」制度。③主管教育行政單位，應透過學校單位或各種宣導管道，讓家長充分了解本制度之意義及可享有之權益，對「教育代金」之認知及便利符合條件者之申請。④應舉辦「在家自行教育」教師之短期訓練。⑤結合教養機構保育員共同進行「巡迴輔導」，社工人員定時家訪等服務。⑥修訂申請教育代金之年齡限制，即超齡（15歲）之學生只要申請總年資不超過九年（國民義務

教育年限）者也可申請。⑦改善學校之「無障礙環境及學校成立重度障礙特殊班」並提供交通接送服務，獎勵教養機構增設重度障礙特殊班，增加「在家自行教育」學生之就學管道，以及減少「在家自行教育」現象。⑧舉辦「在家自行教育」學生媽媽之成長營或各種親職講習等。依我國1990－1992年二次全國特殊兒童普查資料，我國身心障礙兒童在家教育者占全體身心障礙兒童的0.79%（吳武典，1998）。

二、我國現行身心障礙學生教育福利措施

（一）身心障礙者及身心障礙子女學雜費優待

身心障礙者權益保障法第9條規定，各級教育主管機關應依身心障礙者之家庭經濟條件，優惠其本人及子女受教育所需相關經費。

（二）獎助學金

就讀於各級學校之身心障礙學生可申請獎助學金。洽辦單位：各該就讀學校之教育行政主管機關。

（三）優秀身心障礙人士出國進修補助金

教育部為鼓勵優秀身心障礙者出國進修，分一般學校類與特殊才藝類，每年各5名，提供經費，最高補助4年。每年5月可向教育部社會教育司提出申請。

（四）參觀文教等設施優待

身心障礙者（學生）參觀公私立文教等機構如：天文台、動物園、博物館等，可享免費或半價優待。

（五）身心障礙學童交通車提供或交通費補助

學齡身心障礙兒童無法自行上下學者，應由政府免費提供交通工具；確有困難，無法提供者，應補助其交通費。

（六）教育代金

無法適應就讀一般公私立國民中、小學或特殊學校之義務教育階段之身心障礙者，就讀於社會福利機構之特殊班或在家教育者每月發給教育代金（黃志成等編著，2000）。

第7章

身心障礙者的在宅生活、社區福利與社會生活環境



第七章　身心障礙者的在宅生活、社區福利與社會生活環境

第一節　身心障礙者在宅福利

一、在宅福利與社區福利的關係

身心障礙者除了重視其在宅福利之外，也要重視其社區生活，身心障礙者福利服務過程與特徵可分為：

（一）從「在宅」轉移到「在宅福利」

從無福利的在宅生活轉移到政府介入除被收容者外，也推行在宅福利服務。

（二）從「在宅福利」轉移到「社區福利」

如受虐障礙者之緊急或暫時保護、機構收容以及社區日間照顧等等社區福利措施。

（三）其他

如促進或創造身心障礙者的生活自立與生活方式，這就是身心障礙者日間照顧的基本理念（江亮演，2001）。

二、身心障礙者在宅福利措施

（一）諮商、診斷、鑑定、調查

1. 相談與指導：身心障礙有關相談與指導。
2. 調查診斷（檢查）與鑑定：調查並經健康檢查診斷身心障礙程度，再由專業單位來鑑定其個人生理或心理因素是否有致其參與社會及從事生活活動功能受到限制或無法發揮的情形，經鑑定符合中央衛生主管機關所定等級者可領取身心障礙手冊，而享受身心障礙者福利。
3. 巡迴療育諮商：定期定點或不定期不定點，下鄉巡迴作療育有關的諮詢服務。

（二）減輕障礙

1. 醫療、矯正與教育：給予更生或育成矯治有關的醫療，並提供醫療矯治與教育相連結的服務。
2. 輔具給與與修理：對需要輔具如義手、義腳、義眼以及輪椅、特殊睡床等等，依其經濟能力提供免費給與或租借以及免費修理輔具之服務。
3. 日常生活用具：提供免費或低費障礙者日常生活所需的用具如熱水器、殊殊棉被或家具…等等。
4. 日間托護：對人手不足的家庭，提供障礙者免費或低費的社區日間照顧服務（晚上回家），減輕障礙者家庭經濟負擔，解決其人手不足的照顧問題。
5. 重度障礙兒童日托示範中心：對在宅療育兒童提供免費或低費生活訓練與日常生活知識的學習機會。
6. 身心障礙兒童短期療育：為減輕照顧障礙兒童之壓力，提供免費或低費之短期療育（收容於兒童療育機構）之服務。

（三）在宅照顧

1. 在宅服務：社會福利機構或非營利組織以及社區日間照顧機構派專業人員或志工，到障礙者家裡給於照（介）護或援助。
2. 身心障礙兒童短期收容：家族照顧有困難如出國旅行或因病一時無法照顧障礙者時，可把障礙者短期收容於身心障礙者福利機構。
3. 身心障礙兒童社區療育：社區照顧機構免費或低費提供綜合性福利服務。
4. 特殊障礙者照護津貼：對需收容照護卻無收容又無適當照顧者的障礙者，發給照護津貼。

5. 精神障者援護之收容機構：為減輕家庭負擔，提供免費或低費收容精神障礙者的援護服務。

（四）障礙團體照顧之家

此團體照顧之家是一種提供障礙者集體照顧的公營住宅，其種類分為：

1. 肢體障礙者福利之家：提供肢體障礙者集體居住的地方。
2. 智能障礙者福利之家：促進智障者自立更生為目的，援助其社區生活而給于良好居住環境與設備的地方。

（五）生活能力與環境適應訓練

1. 職親制度：智能障礙者由父母陪同，接受自立更生訓練，增強日常生活知識與生活能力。
2. 智能障礙者社會適應訓練：增強其對人應對能力、持久力、集中力以及生活環境適應能力等等訓練。

（六）社會參與

1. 日間照顧中心：不但重度障礙者日常生活機能與社會適應之各種訓練外，而且還提供入浴以及餐飲等服務。
2. 社區參與：促進障礙者社區活動之參與如：社區運動會等。
3. 身心障礙者社區服務：即障礙者當社區志願服務工作。
4. 肢體障礙者日間授產設施：提供肢體障礙者從事農漁、林牧等等的工作，增加其收入。
5. 肢體障者自立支援：如提供免費或低費之公營住宅以及肢體障礙者福利之家。若收容重度肢體障礙者超過5人者即提供專業之團體照（介）護服務。
6. 在宅重度障礙者日間援護：提供日間在宅保護服務。

7. 肢體障礙者庇護工廠：提供肢障者從事電腦製圖、木工、裝訂…等機會增加其所得收入。
8. 肢體障礙者運動（會）：定期或不定期舉辦肢體障礙者的運動如體操、球類…等等的活動，以及舉行肢體障礙者運動會。
9. 各種身心障礙者福利委託事業：各種身心障礙福利委外事業。
10. 智能障礙者日間生活支援中心：日間教導智能障礙者日常生活知能。
11. 智能障礙者日間服務中心：對智障者提供文化性教育性活動以及機能訓練，提高智障者自立生活能力。
12. 智能障礙者日間授產設施：提供智障者從事農、漁、林、牧…等的工作機會，增加其所得收入。
13. 智能障礙者庇護工廠：提供智障者各種工作如裝訂、木工、製裁成衣…等的機會，增加其所得收入（江亮演，2001）。

三、社區障礙者生活支援

(一)從家庭照（介）護轉變為障礙者家庭生活之自立更生

即以社區支援的方式來實現其家庭生活之自立，如在宅照護服務等。

(二)以須較多支援的障礙者生活為重點，而加以開發

1. 重度障礙者為對象，充實其生活條件，推展在宅福利。
2. 日間照顧中心推行障礙者日間照顧服務，如入浴、餐飲、復健、物理或工作以及水療等之治療服務。
3. 社區團體之家或社區福利之家，以確保各種生活支援的功能。

4. 團體照顧（Care group）人員之派遣，協助障礙者福利之家或公營團體之家（公營住宅）服務障礙者。
5. 其他，如短期保護或緊急保護等。

（三）綜合性生活支援體制的檢討

1. 在宅福利服務的活用如何？其相關關係者的協助與分工合作情形如何？
2. 綜合性服務包括：諮商、生活支援、情資（資訊）的提供怎樣？
3. 鄉鎮市區公所所提供的障礙者生活支援事業怎樣？
4. 各地方所推行的障礙者生活支援品質與水準怎樣？
5. 社區庇護工廠，其財政問題、工作環境怎樣？
6. 社區居民的支援情形怎樣？
7. 運用隔空教育或社區大學的教材教學與訓練的情形如何？

以上的問題都必須具體的檢討與改進（江亮演，2001）。

第二節　身心障礙者的社區活動

一、任何地方都能參與

（一）1981年起實施「聯合國身心障礙（殘障）者十年計畫」以來，強調：

1. 障礙者的完全參與與平等。
2. 障礙者為主體，創造真正參與機會。

（二）對任何地方都能參與的基本思考

1. 有關障礙者政策福利措施的新長期計畫

（1）所有障礙者都能參與並且營造出障礙者更為平等的機會。

（2）障礙者對策之新長期計畫架構（如圖7-1）：

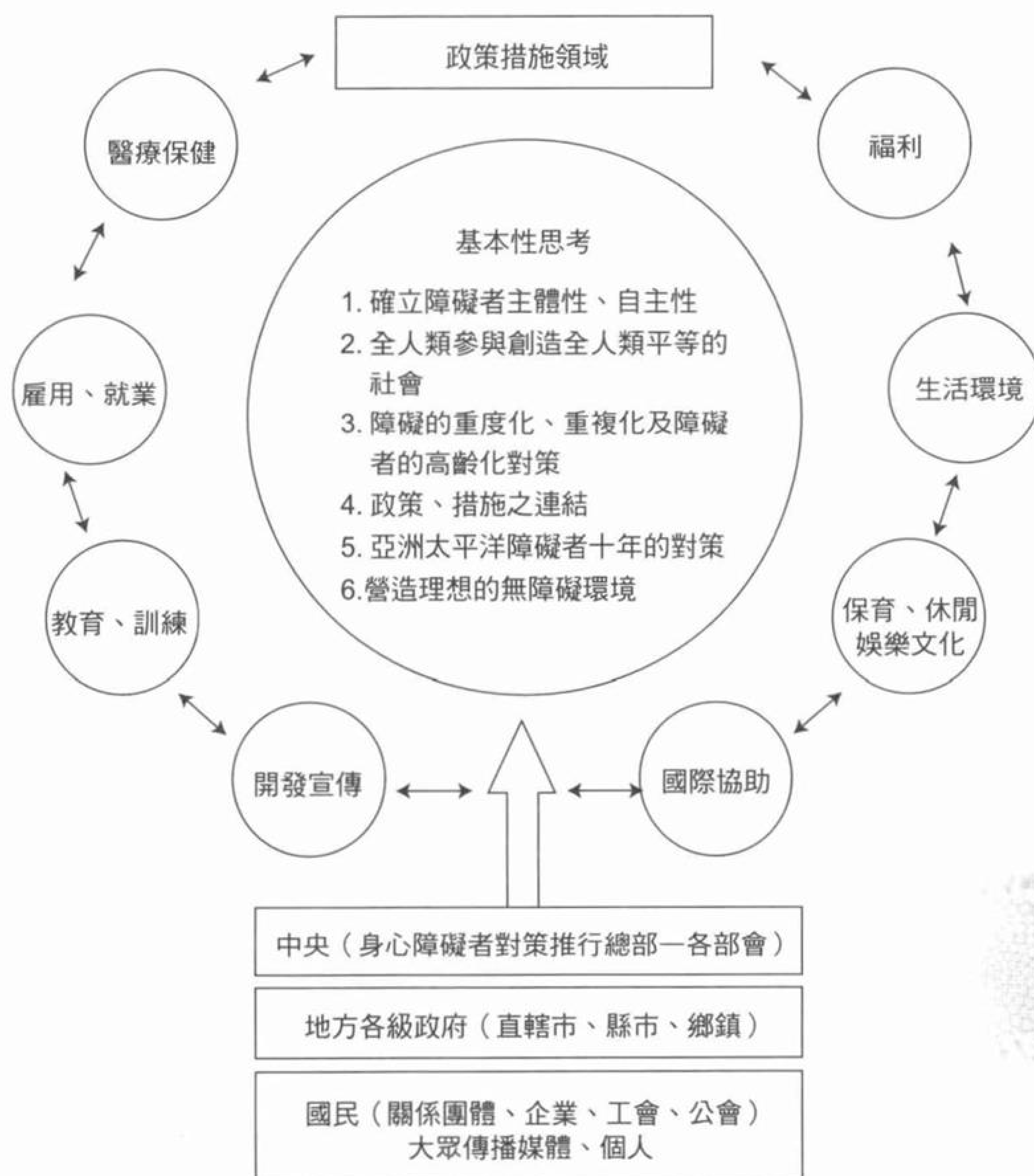


圖 7-1　障礙者對策有關的新長期計畫

2. 障礙者基本法的目的

（1）1975年聯合國身心障礙（殘障）者權利宣言，不但不限於政治、經濟活動之參與，而且也具有參與所有社會性創造性活動或娛樂休閒活動的權利。

（2）促進身心障礙者自立與參與社會、經濟、救育、文化以及其他活動。

（3）明確具體檢討身心障礙者個別之保護法，而頒訂身心障

礙者福利具體政策方針。

3. 聯合國身心障礙者機會均等相關的基準規則

（1）國際社會實現「身心障礙者世界行動計畫」或「機會均等化」的基準：文化活動參與之保障、宗教信仰活動參與之鼓勵。

（2）任何地方都能參加的要素：身心障礙者為主體營造其理想的生活環境，社會成員表現出共同合作無偏見無差別無隔閡，支援身心障礙者的生活與社區參與活動（江亮演，2001）。

二、身心障礙者與社區活動

身心障礙者權利意識並不高，這不是政治的因素，而是一般人認為「勤勞就是人生」，就是這種主流生活文化所致。

（一）身心障礙者的日常生活與社區活動

依據作者2001年身心障礙者日常生活實況調查來說，須外出購物或日間勞動工作的身心障礙者約占60%，能出去旅行約占20%，而真正利用社區的福利措施者才占8%，所以有必要加強社區福利設施與運用。

（二）須福利服務者

同樣依據上述調查資料：

1. 須保障其所得收入者約占40%。
2. 運動、娛樂休閒、教育文化活動須要者約占4.1%。
3. 其他依序如：須要機能回復訓練（復健）、醫療費用減免、照（介）護、職業訓練、工作保障、住宅提供以及充實社會福利設施、移動（含移居與轉介）、結婚諮商者……等（江亮演，2001）。

（三）社區活動、支援策略與措施

1. **身心障礙者的運動會：**身心障礙者參加國際運動大會如夏季、冬季身心障礙者游泳、球類比賽，以及國內身心障礙者運動大會。
2. **各級地方政府身心障礙者福利促進事業須舉辦下列活動措施：**

（1）資訊確保：點字翻譯人員等培育事業、手語人員之派遣事業、手語翻譯設置事業、語言障礙者發音訓練、指導者培養事業、點字廣告發行事業、電視電腦字幕設計事業、點字即時報導網路事業等訊息。

（2）移動：汽車操作訓練或改造事業、導遊協助事業、導盲犬訓練事業等。

（3）生活訓練：點字、手語、補裝輔具者之日常生活動作以及做家事等之訓練、休閒娛樂事業。

（4）生活環境改善：營造障礙者無障礙環境的社區、提供生活環境有關的資訊事業。

（5）體育：振興體操、太極拳、各種球類…等的活動。

（6）諮商：就業、結婚、輔具以及居住環境有關的綜合性支援諮商。

（7）其他如：啟發及普及身心障礙福利事業，推展身心障礙者福利活動、社區福利公車、重度障礙移動援助事業、輔具製造事業等。

3. **娛樂休閒：**提供有關資訊，協助障礙者旅行、休閒娛樂行動與克服物理性障礙，並酌于補助旅費或其他費用。
4. **文化：**提供藝術、創作、音樂等等活動。
5. **志工：**鼓勵障礙者從事志願服務如擔任社區服務、老人供食配送、老人在宅服務以及社會福利機構的志工。
6. **其他：**

（1）建立身心障礙者社會參與中心。

（2）營造理想居住的福利社區。

（3）推展營造身心障礙者或高齡者舒適生活的環境。

（4）身心障礙者日間服務事業。

（5）在宅重度障礙者日間援護事業（江亮演，2001）。

三、保障與支援身心障礙者社區活動之資訊（訊息）

（一）天災地變資訊之提供。

（二）日常生活有關資訊之提供。

（三）重度障礙者容易移動有關資訊之提供。

（四）智能障礙者易懂有關資訊之提供。

（五）大眾傳播媒體字幕、手語、解說之提供。

（六）國內外有關障礙者福利資訊之交換。

（七）其他如：各種資訊的收集、提供以及研究等。

四、身心障礙者社區活動的課題

（一）問題的解決

身心障礙者問題很多，對其所提供的各種福利措施，能不能滿足其需求，是否能解決他（她）們的問題，值得我們去檢討。

（二）生活營造

身心障礙者福利，是否對肢體障礙者提供理想的無障礙環境，其移動行動是否很方便。盲聾啞等等障礙者是否給予各別需要之教育與訓練。而智能障礙者是否給予需要訓練使其能自立更生等等之身心障礙者的生活環境營造。

(三)教養、文化、藝術活動機會

對身心障礙者是否有提供足夠而理想的教養或文化藝術、創作等的活動機會（江亮演，2001）。

第三節　我國身心障礙者的生活照顧

一、支持性的生活照顧

支持性障礙者福利服務是以家庭為基礎的一種計劃和保護的工作。所以其生活照顧應提供：

保護被虐待、被遺棄以及被忽視的障礙者。

王明仁等（1989年）認為發展不良，有先天缺陷如兔唇、智能不足、肢體障礙等幼兒是較容易受虐待。因此，支持性福利服務是應提供下列服務措施：

(一)制定身心障礙者保護相關法令

可單獨立法或將內容置於身心障礙者保護法、兒童少年福利法、老人福利法內，以法律約束施虐者。

(二)教導父母或家人應付壓力方法

父母或家人在家裡因工作、經濟等等壓力過大而引起虐待障礙者，所以應有效的透過心理衛生服務，這不但有助於壓力之紓解，而且也可減少虐待事件的發生。

(三)教導或培養身心障礙者自我保護的能力

透過學校或社會的教育，教導身心障礙者自我保護的能力，免於身心障礙者被疏忽、或性虐待事件之發生。

(四)提供諮商及心理衛生服務

身心障礙者在其成長過程中較一般人會產生人格、生活適應、求學、就業、感情、婚姻以及人生觀等問題。為了讓身心障礙者及家人能自立自強，須提供必要之諮商及心理衛

生輔導服務如：電話諮商、傳真（透過傳真傳達求答問題）服務、網際網路（internet）服務、會談、書信、團體輔導等服務。

二、補充性的生活照顧

係指身心障礙者的家屬因角色執行不適當，嚴重傷害到障礙者與家屬之間的關係，但透過輔助（補助）方式使身心障礙者仍能留在其家中繼續生活，而不會受到傷害。因此，補充性生活照顧必須提供下列措施：

（一）家庭補助（financial aid to family）

是使身心障礙者留在家中，藉由經濟或物質的補助，讓其享受天倫之樂。其補助方式分為經濟補助即按月提供需要之生活費等與物質補助，即金錢補助有運用彈性的優點，但有被挪為他用或不當使用如拿去喝酒賭博等的缺點。因此，應針對障礙者的特殊需要，提供物質補助如提供奶粉、衣服、營養品及生活上所需之輔助器物。

（二）在宅服務員（家務員）服務

在宅服務員（家務員homemaker）服務有1.協助身心障礙者家庭運作的正常，不會因障礙者家人生病、工作、入獄、遠行等因素而無法照顧。2.提供身心障礙者的家庭工作示範，即障礙者家庭社會、經濟地位低者，其家庭運作就不佳，如衛生不好或營養不良等，因此，應藉家務員的服務與指導，將障礙者的家庭導入正軌。3.提供單身障礙者在宅服務，即依障礙者障礙程度、教育程度、家庭設備等斟酌提供，如整理家務、代打（接）電話、寫信、購物、存（提）款、送飯、洗澡或就醫、帶出散步等之服務。

（三）托育服務

托育服務（daycare services）是協助家屬照顧身心障礙者，使其家屬安心去就業（工作）或辦事，其服務方式分為：

1. 日間托育服務：與托兒所一樣，由障礙者自行前往或由家屬接送，或由托育單位派車接送。托育可視其需要選擇半日托或全日托二種。
2. 臨時托育：家屬因事外出或其他原因無法照顧障礙者時，可臨時請托育機構代為照顧。
3. 到家托育：家屬無法照顧障礙者時，由公私立專業機構派遣服務人員到家照顧障礙者（黃志成等編著，2000）。

三、替代性生活照顧

替代性（substitutive）服務是指身心障礙者的家庭因素如父母雙亡或一方死亡，或因經濟或工作的壓力，或因重病或有嚴重排斥身心障礙者等，而必需離開家庭，接受暫時性或永久性的安置。其服務方式有：

（一）寄養（foster care）

因身心障礙者家庭暫時失去功能，如生病、入獄等因素，不得不把障礙者送往寄養家庭或團體之家(group home)收容。

（二）收養（adoption）

因障礙者的家庭永久失去功能，如父母雙亡、家人嚴重拒絕等，必須尋找永久性的家庭來收養障礙者。國人對障礙者有排拒，要找障礙者收養家庭是相當困難。

（三）安養

教養院可以是暫時性的，也可以是永久性安養之處，最適合身心障礙者作替代性的生活照顧機構。其優點是機構內

有專業人員如醫生、護士、物理與語言等治療師、心理輔導員等，也有良好的設備，如點字、按摩器材、有聲書籍、復健器具等等。但也有其缺點，如容易與社會隔絕、衛生問題差、與家人互動不良等問題。最好以社區照顧方式，小型而家庭式安養比較合乎回歸主流之原則（黃志成等編著，2000）。

第四節　身心障礙者的社會與生活環境之障礙

一、身心障礙者社會與生活環境之四大障礙

（一）物理性障礙（阻礙）

身心障礙者常因為障礙，尤其重度或中度障礙者，對現實的建築物、交通或其他公共場所，時常面臨到多障礙，尤其若無建置無障礙的環境者即寸步難行。現在許多先進國家都有建築物的無障礙法律規定，但對老舊建築物的無障礙環境之改善都不甚理想，國外如此，國內更是如此。如何去注意或改善都是我們當前重要的課題。

（二）制度性障礙（阻礙）

障礙者常因其障礙而受到各種資格上的限制，例如有些國家規定肢體障礙者不能做司法官或不能當醫師等的資格限制。我國過去也有類似之資格限制，不過現在除軍、警學校入學考試有體能測驗規定，除此障礙者有被排除的資格限制外，其他各行業的任用大都無或有彈性的資格上限制之規定。

（三）文化、資訊性障礙（阻礙）

缺乏點字或手語服務或其他的必要輔具，致使障礙者無法接受各種文化之吸收及資訊的傳達，因此無法與一般人一樣過著正常而舒適的生活。

（四）意識性障礙（阻礙）

一般人都認為障礙者是必要庇護，而卻沒有給他（她）必要之矯治、療育、職業訓練以及就業機會，這種意識性的阻礙使其永遠非依賴人家服務不可。

上述障（阻）礙如何消除，最重要的是要含有營造或改善生活環境以及因應科技的進步而積極研究開發普及福利機械器材（輔具），促使障礙者自由平等地參與各種社會活動（江亮演，2001）。

障礙問題，不是只他個人自身的問題，而是障礙個人與環境間之關係所產生的問題。所以，我們必須積極地改善障礙者的生活環境、社會環境，促進障礙者的社會參與，這樣才能減少其社會性的不利條件。

二、障礙者居住場所之改善

要改善障礙者的社會生活環境就必須先改善其居住環境，否則都是空談。因為在宅生活住居是障礙者社區生活的基礎。

（一）障礙者居住情況

1. 房地的所有情形：約有近八成是有自己的房子（住宅）。其餘二成是租或借他人的房子。
2. 障礙者所居住的住居依1997年三木任一教授（障害者福祉論）看法認為須要改善之處包括：

（1）廁所：約近20%的廁所都有問題，須要改善。

（2）浴室：約有18%的洗澡間必須改善。

（3）廚房：約近8%的廚房是須要改善。

（4）寢室：有近7%的寢室是須要改善。

（5）大門：有近6%大門（玄關）是須要改善。

（6）階梯：有近5%的階梯是須要改善。

（7）走廊：有近4%的走廊是須要改善。

（8）其他如，地板、客廳……等。

（二）障礙者住宅改善的條件

障礙者住宅改善的條件主要有下列幾項：

1. 舒適：障礙者因為身心有障礙，所以，其住宅的建築與設備更須要講究舒適。
2. 身體狀況：必須先作身心機能的評估，並預測未來身心有關情形，考慮到日常生活動作能力等而改善住宅。
3. 建築方面：必須考慮到房地（土地）、房子構造（結構）設備、建築關係法規等。
4. 家族關係：必須考慮到家庭成員、家庭結構、照顧者等。
5. 經濟層面：必須考慮改善房子的經費方面。
6. 身體健康與建築的關係：必須考慮到障礙者移（走）動或輔具以及停車的空間地點等的條件。
7. 身體健康與家族的關連：必須考慮到在家中的地位，照顧的必要性等。
8. 身體健康與經濟的關連：須考慮有否職業及身心健康的問題。
9. 建築物與家族的關連：必須考慮到照顧空間、專用室（房間）、專用或共同廁所、洗臉室、浴室等衛生設備空間等。
10. 建築物與經濟的關連：必須考慮到建築之規模、內容、使用材料、使用器具品質、維護費、建築業者之選擇等。

11. 家族與經濟的關連：須考慮到住宅改建修善費用支付能力（三木任一，1997）。

新建、增建、改建、樣式以及住宅規模等不同，其改善內容也有異，既然有改善的機會，在實施之前就必須好好檢討，與建築障礙者或高齡者住宅有豐富經驗有實績的專門者好好商量再做決定比較安全。

（三）障礙住宅有關之諮商（相談）

1. 預約：先用電話向諮詢單位預約，以便前往相談。
2. 擔當者之確認：諮商之前必須先確認擔當相談的專家（專業人員）。
3. 初次會談：要針對諮商目的、家庭的狀況、本人（障礙者）的實況、日常生活照顧情形、住宅改造（改善）的想法以及房子的情況等，詳細討論。
4. 現（實）地調查：應與初次會談之同時或隔天，要請相關人員到現場實地調查，了解實情以便擬出改造（改善）障礙者住居構想（藍圖）。
5. 設備等之資料收集：收集障礙者住宅、房間之設備以及其他有關資料，提供改造（改善）者擬改造（改善）住宅構想（藍圖）製圖之參考。
6. 關連機關：包括社會福利主管機關、醫院、衛生保健單位、福利服務機構、身心障礙福利研究單位等，都與障礙者住居（宅）有關。
7. 改造（改善）之檢討（討論）：經改造（改善）障礙者住居（宅）的檢討後，雙方都有共識後就開始製圖，以便進行改造（改善）工作。

（四）障礙者住宅（居）改造（改善）之助成（補助）

制度

障礙者的家庭一般其經濟能力都較差，其要改善住屋並不是那麼容易，若無政府的改造（改善）費用之輔助是很難達成。

1. 貸款制度：可分為（1）障礙者住宅改造（改善）貸款，(2)肢體障礙者更生資金貸款等二種，並以此制度來協助障礙者住宅之改善。
2. 障礙者住宅改善費用補助制度：地方政府以重度障礙者為對象發給障礙者住宅改善費用，或補裝輔具費用以及對等分擔全部費用。其補助情形如下：

（1）浴室、廁所、門窗、寢室等之改善費：則以6歲以上之下肢或內臟障礙為一、二級者，或接受補裝輔具之輪椅的障礙者為對象發給改善費。

（2）廚房改善費：則以18歲以上，下肢障礙為一、二級而須從事家事者的對象，發給廚房改善費。

（3）室內移動之設備費：為方便障礙者室內之行動，則以6歲以上無步行能力，上下肢或脊椎又障礙須使用輪椅之一級障礙者為對象，發給室內移動設備費（三木任一，1997）。

第五節　營造障礙者安全舒適之福利生活環境的市鎮

使障礙者過著安全又舒適的生活，就必須先考慮其生活環境，也就是如何去營造一能使障礙者生活安全又舒適的街道、巷弄。因此，除了要重視障礙者住宅的良好條件與環境外，更要重視社區之公共場所之公共設施，尤其是無障礙環境。所以其營造條件、方式、方法如下：

一、營造福利鄉鎮（市區）巷道

（一）安全舒適的家庭生活環境：營造出障礙者在家中不會遭遇到不方便，各種家庭設備又都能滿足其安全舒適生活的需求，不但不會發生危險，而且在家內行動自如等等的家庭生活環境。

（二）社會參與環境：障礙者不但要在家生活安全舒服，而且也要有參與社會活動，過著良好的社區生活，因此怎樣去營造出可以自由到外面，而能與一般社區居民互動並有參與社區各種活動的機會，所以必須重視社區的無障礙環境，不但街道巷弄障礙者都可以自由行走，而且各種公共場所、公共設施如公園、運動場、學校等等，以及其他公共設施如交通、百貨公司，各種大樓等建設都可方便使用。

（三）其他如重視障礙者生活環境之改善等等。

二、推行營造福利鄉鎮（市區）街道的行動

（一）居民社會運動

1. 擴大生活圈（生活領域）的運動。
2. 檢查公共設施無障礙環境等的安全運動。
3. 舉行身心障礙者福利全國大會與身心障礙者國際會議。
4. 身心障礙福利營造全民運動等。

（二）行政方針（政策）

1. 中央社會福利主管機關

（1）營造身心障礙者容易生活社區之事業。

（2）營造身心障礙者舒適居住的住宅。

（3）推展身心障礙者福利事業（鄉鎮）。

（4）推展身心障礙者福利示範市區（都市）。

2. 中央建設主管機關

（1）各種建設均應考慮身心障礙者方便利用之設計。

（2）重視方便身心障礙者行動之無障礙環境設計。

（3）推行營造身心障礙者福利之鄉鎮（市區）。

3. 其他

應重視身心障礙者方便利用的郵局、銀行、飛機場、鐵公路車站、政府各機關、學校等等公共設施。同時應重視身心障礙者的職業安定保障以及社區照顧社區福利服務等（三木任一，1997）。

（三）地方政府營造身心障礙者福利鄉鎮（市區）的基準

1. 直轄市營造障礙者福利市區基準。
2. 大都市營造障礙者福利市區基準。
3. 縣市營造障礙者福利鄉鎮（市）基準。
4. 鄉鎮營造障礙者福利鄉鎮基準。
5. 推行身心障礙者建築物促進事業之融資事務。

三、營造身心障礙者福利鄉鎮（市區）的宗旨

從第二次世界大戰以後，身心障礙者的社會參與活動有突飛猛進發展起來，使身心障礙者參與社會各種活動是越來越多，雖然如此，但是還有不少的障礙者仍然在家裡沒出來參與。不過身心障者福利鄉鎮（市區）的營造，並不是只為某一特定的人所做，而是要從能為大多數的障礙者服務之鄉鎮（市區）去著想，這樣才是障礙者福利鄉鎮（市區）營造的主要（真正）目的。

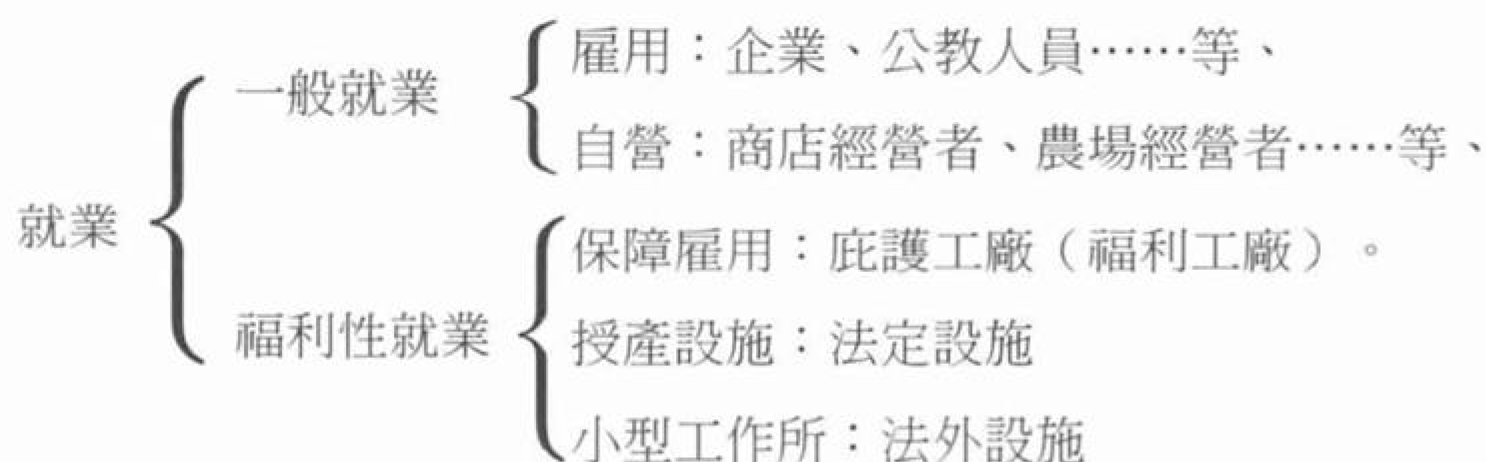
第 8 章

身心礙障者的就業服務

第八章　身心礙障者的就業服務

第一節　身心障礙者的雇用

一、身心障礙者就業形態



二、身心障礙者的雇用制度

（一）訂定障礙者雇用政策與措施

（二）制定身心障礙者雇用促進法，法定各用人單位之義務以及雇用納付金制度（未達雇用基準之處罰）。

（三）定期修正身心障礙者雇用促進法，以符合時代潮流與需要。

（四）建立依法訂定雇用率之「比例雇用制度」（江亮演，2001）。

（五）加強肢體障礙者雇用納付金（未符合雇用標準之罰金）制度。

（六）肢體障礙者雇用調整金、報償獎金、助成金，即雇用障礙者超過法定雇用率以上之單位，可以獲得雇用調整金或報償金（獎金）。為雇用障礙者而改善職場設施、設備者，依其改善目的之不同給于各種助成金（獎助金）。

（七）智能障礙者及精神障礙者等雇用產業，範圍較肢體障礙狹小所以其雇用制度更須重視。

三、智能障礙者之雇用產業

一般來說智能障礙者之雇用產業，也就是障礙者有就業者當中其就業工作是以製造業為多，約占總就業人數的60%左右，非製造業約占39.3%。而製造業當中依序為木材、家具業占18.3%、纖維、衣服業占13.5%、食品、煙酒業占15.5%、電氣機械器具製造業占9.8%、其他占3.6%。非製造業當中依序為服務業占25.8%、飲食、零售商等業占7.0%、建築業占5.9%、其他占0.6%等（三木任一，1997）。

四、精神（心理）障礙者之雇用

通常精神障礙者就業機會並不多，如果有工作也以在庇護工廠工作者為最多約占48.3%，其餘依次是公司等的員工約占16.3%，臨時工約占16.2%，農林漁業及授產機構約占3.0%，工商自營業約占2.0%以及其他等（三木任一，1997）。

五、職業重建

（一）有關ILO的職業重建

國際勞動機構（ILO）於1983年採決「職業重建及障礙者雇用有關條約」（第159條），此條約的目的是促使障礙者維持或適當雇用以及提昇與社會統合回歸社會」實現國際障害者年的「完全參與與平等」的理念。

障礙者的雇用（employment）名詞是一廣義的概念，當然含有「保障雇用」與「福利性就業」的雙重意義。同時，障礙者的職業重建，也是廣而多元，是依不同障礙程度、狀況而改變其重建方式，因此，企業對於障礙者的就業不但要視為是一種援助，同時也要依障礙者的障礙狀況與需要，提供多元的服務，以滿足障礙者的需求。

（二）有關促進障礙者雇用的法規

1987年在障礙者雇用促進有關的法規內，有關障礙者職業重建推行項目，對其就業有困難者就應重新給於評估與矯正，從就業諮商、訓練、介紹、事後追蹤服務等，去強調服務過程的一貫制。同時其職業重建的原則是強調依必要而給於適當醫學性重建及社會性重建，這也意味著重度障礙者的綜合性服務意義。

六、身心障礙者雇用的課題

（一）對象的變動

有從重視肢體障礙者的雇用就業發展到重視智能障礙者的雇用就業問題。

（二）重度障礙者的職業性援助

從重視肢體障礙者之醫學（療）性機能障礙（害）的職業重建發展到依其障礙程度以及智能障礙者依IQ的判定給於職業重建。也就是依障礙者的需要而促使重建服務輔導的制度化，確立「職業重建」正確概念。

（三）確立新的援助體系（system）

附帶性援助的雇用（supported employment）法，對重度障礙之智障者或心理障礙者，不但要從職業性去著手（approach），而且也要以支援生活為前提，超越原有的職業重建領域，而確立新的援助體系。

（四）對工商業結構變動的對策

由於工商結構的大變化，製造業就業者大量減少，而代之而起的服務業就業者大增。如此變動，尤其是智能障礙者

其就業市場更為縮小。同時機器的進步，技術革新，單純的作業也越來越少，這樣情形，我們必須有新的對策，開發社區性的援助體系（system）。

（五）從綜合性職業重建的觀點去援助障礙者就業

我們對障礙者不但要有醫學性、社會性的重建及教育的支援，而且還要提供其生活、就業的支助，尤其是要與其他職種聯結協助促進專業化外，同時也要更詳細而個別去規劃與援助（江亮演，2001）。

七、障礙者雇用之國際動態

（一）規則：1993年聯合國通過「障礙者機會均等化之基準規劃」，其第7條規則就是「就業」。

（二）障礙者的人權：把就業當作為障礙者的人權，政府必須積極支援障礙者或其家屬就業。

（三）積極性支援內容包括：職業訓練、雇用比例、優先就業、特定就業領域等。

（四）妥當考慮：重視障礙者的期望，政府應積極獎助障礙者就業，以及雇主對障礙者就業的優先考慮。

（五）機會均等：障礙者就業制度化，就業作為障礙者的人權積極支援其就業（江亮演，2001）。

第二節　身心障礙者的福利性就業

一、授產設施制度與動態

（一）授產設施制度之發展

1. 作為生活貧困者脫貧對策：對低收入而生活有困難者給與職業訓練與免費就業輔導，使其有理想工作，而有所得收

入，脫離貧困，尤其障礙者更須要職業訓練與就業輔導服務。

2. **肢體障礙者授產設施之設立：**為促進肢體障礙者就業，設立肢體障礙者授產機構，供肢體障礙者有工作機會獲得所得收入，過著良好的家庭生活。

3. **授產設施的種類：**

(1) 生活保護（障）授產機構

(2) 社會福利事業授產機構

(3) 肢體障礙者授產機構（收容）

(4) 肢體障礙者日間授產機構

(5) 重度肢體障礙者授產機構（收容）

(6) 肢體障礙者福利工廠（庇護工廠）

(7) 智能障礙者授產機構（收容）

(8) 智能障礙者日間授產機構

(9) 智能障礙者福利工廠（庇護工廠）

(10) 精神障礙者授產機構（收容）

(11) 精神障礙者日間授產機構

(12) 精神障礙者福利工廠（庇護工廠）

（二）授產設施的動態

1. **福利工廠（庇護工廠）**

即為不易找到工作的障礙者
提供工作機會的機構。

2. **授產機構的利用者**

通常會隨著時代的進步使各種授產機構，或利用人數等會增加，同時重度障礙而就業困難的障礙者也會越來越多利用授產機構，以獲得工作的職業訓練與就業工作機會。

社會變遷，受高齡化社會的影響，所以，各種授產機構

的服務對象也有明顯的高齡化，身心障礙者利用授產機構的人當中，40歲以上者年年增加，尤其是肢體障礙者的授產機構約有一半以上是超過40歲，而50歲以上的肢體障礙也近30%。至於智能障礙的授產機構，收容在機構內的顯然比日間授產的機構有高齡化現象（江亮演，2001）。

利用者之高齡化狀況，主要是收容期間的長期化，超過5年以上的人超過一半以上。由於利用者的重度化、高齡化，所以利用授產機構後能轉入雇用就業市場工作者只有2%而已，與當初建立授產機構的制度，是要做為職業訓練後輔導轉入就業市場的宗旨是完全不一樣，因此，有須要把授產機構的做法及利用者的實況或社會變遷狀況等作整體的檢討。

3. 工作內容

授產機構的工作（作業）內容，其種類大致上分為縫衣、製紙、電氣產品組合、農耕、印刷等，但因地區不同其工作內容項目也不同，因地制宜，所以各地的授產機構之工作項目都不一樣。

4. 授產機構的新潮流

（1）打散（破）障礙類別而傾向「混合利用」如向肢體與智能障礙之身心障礙二者通用的機構去發展。

（2）機構設施較不足的地區，以小規模之分機構的工作場所來代替。

（3）改善授產機構的設備，企圖促使經營之現代化，以達到提升工資的目標。

（4）從授產朝向障礙之勞動與生活以及社會參與等的綜合性服務之設施邁進（江亮演，2001）。

二、小規模工作場所之特徵與利用

（一）特徵

1. 是法定之外的機構設施，即不在正式的設施之內。
2. 無分障礙種類而共同可利用的設施。
3. 以重度障礙者為對象（利用的對象）。
4. 小規模是利用者人數少的設施。
5. 富有社區性質的設施。
6. 是無設立之基準、資金及無人員編制的設施。
7. 員工權益難保障，營運也常有問題的設施。

（二）利用者

1. 平均每一機構設施的利用者人數約為20人。
2. 重度身心障礙者或無去處的障礙兒童、腦血管障礙者、精神疾病患者都是利用者。

（三）小規模工作所功能（機能）

1. 促進障礙者工作活動機會。
2. 提供障礙者社會教育活動的地方。
3. 提供援助障礙者就業的地方。

（四）小規模工作所之課題

1. 營運之基礎太弱，難保障障礙者的權益。
2. 利用者本位主義濃；工作有彈性是其優點，但是否能解決目前現實的問題是大家所關心與期待。
3. 勞動工作與福利勞動不易調和，健康與生活需要不易兼顧；障礙者就業有關政策不但是「雇用與福利性就業」二者並立（重），而且含有雇用保障及因應障礙者多元的選擇之需求，要做到兩者調和並不容易。依障礙者的健康狀況或因應障礙者的生活需求之變化，非給於彈性的選擇機會不可。當然也須考慮障礙者起居方面，因為障礙者的就業

與生活是無法分割的。但很難做到健康與生活需要雙顧。

4. 此制度與措施是為遷就重度障礙者就業的實現及能使其在社區裡生活，所推行的一種構想。不過這樣的構想難以實現（江亮演，2001）。

第三節　我國身心障礙者的就業服務

波威爾（powell, 1983）認為有工作後，可以獲得滿足：自我生存的維護、社會歸屬感、被賞識以及有勝任感的需求（俞筱鈞，1984）。不過身心障礙者，因其肢體或精神有障礙，無法與一般人一樣獲得工作機會，所以有工作已是得來不易，而障礙者獲得工作，其所需求的主要是自立更生，追求自我生存的維護（特），其次是現實「天生吾才必有用」的信心以及不願依賴他人的救援與有歸屬感等等，其他才是被賞識或有勝任（勝利）或成就感的需要。至於我國身心障礙者就業服務之具體做法如下：

一、身心障礙者的就業能力

一般而言，身心障礙者就業能力可分為下列四種（張勝成，1997）：

（一）競爭性就業

亦稱為獨立性就業，以全時間工作為基準，或以平均每週至少工作20小時為基準之有酬工作；而且其薪資的給付需符合「勞基法」之規定。

（二）支持性就業

所謂支持性就業其涵義為：1.最低基本工資以上的酬勞

工作，2.和非身心障礙員工一起工作，3.需持續的，必要的支持，以維持其工作（萬明美，1996）。中重度身心障礙者因障礙因素無法立即適應職場上的要求。所以先由在輔導員指導之下熟練工作所需之要求，待其適應工作之後，輔導員退出輔導，而由身心障礙者自行工作。

（三）庇護性就業

對障礙較嚴重而無法從事獨立性或支持性之就業者，由庇護工廠來指導其從事較為單純的工作。通常庇護工廠是具有過渡性與長期性的特色，並兼具職業試測（探）與安置的功能。所以障礙者若在庇護工廠工作表現較佳者，即可轉為支持性之就業；否則就繼續安置在庇護工廠內。

（四）養護性就業

極重度障礙者也須視其工作能力給於符合其能力的工作，如單純的作業，讓其享有工作成果之需求及欣慰。

若開始是在養護性就業機構，進而至庇護性就業機構，再由庇護性就業機構進入支持性就業機構，最後進入競爭性就業機構工作者，算是相當成功的障礙者。

二、身心障礙者的就業服務程序

（一）職業諮詢與評估

職前諮商會談，藉會談了解身心障礙者之身心狀況，必要時，再作醫學評估、心理測驗（人格、性向、職業興趣等測驗）、教育評量、社會適應評量、工作能力評量以及其他有關職業重建之評估。

（二）技藝訓練

對視覺、聽覺或平衡機能、聲音或語言機能、肢體、智能、精神多重等障礙及重要器官喪失或失去功能、顏面傷殘、自閉症等等之障礙者，依其能力與需要給予各種不同的技藝訓練，使其有一技之長，為其以利其立足於社會，自力更生之技能。

（三）職業推介

1. 公私立就業輔導機構：廣泛徵詢求才單位，為身心障礙者爭取更多工作的機會。
2. 透過大眾傳播媒體宣傳：有關機關機構應利用大眾傳播媒體廣為宣傳就業訊息，使身心障礙者知道求才單位在那裡，如此配合推介工作，增加障礙者就業機會。

（四）職務再設計（job accommodation）

為避免障礙者就業後，因障礙或工作內容與性質、工作環境等之因素，造成工作成效不彰、雇主不滿、同事互動不佳、影響產品品質與產能，所以必須與本人、雇主、職業輔導員溝通後，透過工作分析（task analysis）方法，找適合工作的理念，設計合適障礙者的工作（職務）並灌輸其積極的正確觀念，解決障礙者的就業問題，也讓雇主肯定障礙員工的工作成效。其職務再設計其內容包括：1.改善工作環境或設備，如無障礙環境、提供盲用電腦……等。2.改善工作場所機具，如針對障礙者的特殊需要而設計工作所需的輔具。3.改善工作條件，如提供手語翻譯、導盲犬等等。4.調整工作內容，如工作重組，簡化工作流程等。

（五）追蹤輔導

推介障礙者至工作單位就業，就業輔導機構仍需按時作

追蹤輔導，對不適任者應給予再評估再轉介；對適任者可按工作單位之需求，予以再訓練，以求更能有效勝任該工作（黃志成等編著，2000）。

三、身心障礙者就業服務實施概況

（一）職業訓練

訓練機構包括：中央行政院勞委會職業訓練局、行政院青輔會等採「直接辦理」，地方即台北市政府社會局、勞工局，高雄市政府社會局及其所屬相關機構以及各縣市政府等是採「委託辦理」方式辦理。這些職業訓練所提供的訓練課程有下列幾類：

1. 電腦類：中文電腦打字、電腦排版、中文打字與電腦輸入、電腦程式設計、電腦輔助機械、電腦製圖打版設計、電腦立體設計、電腦3D動畫、電腦影像處理、電腦美工設計以及電腦零件製作等。
2. 木藝類：印章篆刻、木工、寢具製作、家具、手工藝製作以及其他雕刻。
3. 衣服（務）類：縫紉、成衣製作、服裝設計製作、電腦服裝設計、洗衣、毛衣編織、休閒鞋製作、皮件製作、電繡、各種帽子設計與製作等。
4. 餐飲類：餐飲服務、飯店、餐廳清潔、西點烘焙、食品烘焙、烹調、調酒、肉類魚類罐頭或食品之販賣服務等。
5. 陶藝類：陶藝、陶類瓷類製造、紋石加工、珠寶設計製作等。
6. 農漁業類：農產品或漁產品加工、畜牧、水耕栽培、農藝、園藝、花卉栽培等。
7. 商業類：超商服務、電腦廣告設計、電腦行銷、貨物零售與運送等。

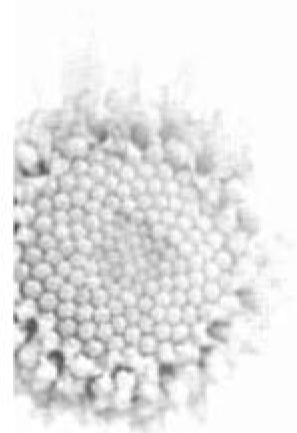
8. 電子類：電子零件裝配組合、電子零件製造、電器修護等。
9. 其他如：鋼琴調音、繪畫、美工設計、資源回收、按摩、包裝加工、玩具製造、網板印刷、鐘錶修理、清潔工具製造、紙器加工及包裝、燈籠製作、修理房屋、飾品製造、修理水電、汽車清潔、抹布製作、廣播人員訓練、視聽媒體製作、環境清潔維護、大樓管理、各種樂器製造與修理、樂隊訓練與歌手培訓等（黃志成等編著，2000）。

（二）職業推介

身心障礙者找工作時可向：1.由接受職訓之委訓單位或提供障礙者就業輔導服務之民間機構輔導就業。2.台北市、高雄市政府勞工局國民就業服務中心。3.各縣市政府身心障礙福利服務中心等單位申請就業（勞委會，1998）。

（三）創業協助

為協助身心障礙者自立更生，行政院勞委會於1998年通過「身心障礙者創業貸款補助辦法」針對年滿20歲至60歲領有身心障礙手冊者，提供創業貸款利息補貼，補貼方式由台北、高雄兩市及各縣市政府自行訂定。







第 9 章

身心礙障者的社會行動與社會運動

第九章　身心礙障者的社會行動與社會運動

社會行動（Social Action）是指社會存在不公平現象時，受害及被壓迫者或其他有正義感的不滿者，聯合起來行動要求重新分配權利、改變組織結構、進而改變公共政策的一種活動過程而言（張英陣，2000）。所以，社會行動簡單的說就是一種實務工作，是用來協助社會弱勢者爭取制度以及利於他們的政策與預算（江亮演，2004）。當代社會行動家Saul Alinsky認為，社會行動就是創造屬於社會大眾的組織，讓一般民眾能掌握權力，因而能實踐公平、正義、和平、互助、與教育、就業及醫療機會均等的民主理想，並創造一個有生命意義且依循價值生存的環境。所以其不僅需要為因種族、性別、宗教、社會經濟地位而遭到歧視，或因制度而受害的人爭取權益，更應強化（Empower）民眾的能力，突破不良的體制，以創造一個公平正義的社會。社會工作者投入社會行動者可分為三種角色則：1.社會的先知（Social prophet），批評當前的各種觀點、價值、政策的缺失，進而要求改革。2.理想家（Visionary），夢想一個正義與和平的未來社會，引導民眾追求美麗的新世界。3.實踐家（Confronter），以直接的行動來對抗既有的體系中之剝削者，藉由說服、政治活動、與權力策略來協助民眾擁有權力，發揮民眾的影響力（張英陣，2000）。

社會運動（Social Movement）是「透過集體行動來改變社會的一種非制度式的努力」，而這種集體行動是由「有組織的團體」所推動。社會運動雖然有出現集體行為的形式，但是社會運動與集體行動兩者之間仍然有明顯差異。前者強調長期性、有組織、動員，以及實現社會改革或抗拒變遷的宗

旨；而後者可以是無組織，自發的情況下，發生在一夥人身上的行為（林萬億，2000）。依Wilkinson（1971）的說法，社會運動具有下列三種特徵：

1. 社會運動是一種有計畫的集體努力，以任何方向和手段來促成變動，並不排除暴力、非法、革命或撤退到烏托邦社區。
2. 社會運動必須明示一種最起碼程度的組織；也許是鬆散的、非正式的或者是部分層級的，也可能是高度制度化與官僚化運動和法人組織。
3. 社會運動之變動承諾與組織存在的理由，是建立在擁有意志力，對運動目標或信念的承諾，以及其成員或追隨者的積極參與上。

第一節　社會行動

一、社會行動的特質

社會行動方法常會有許多誤解存在，其實社會制度結構中，其資源分配制度或許多決策均可能涉及不公平的情形。然而，這種情況不能寄望已得利者會良心發現而主動改善。故採取社會行動來表達不滿和爭取權益是弱者的重要手段。不過社會行動雖然是衝突的呈現，但絕不等於暴力。社會行動有下列幾種特質（Dunham，1970）：

（一）社會行動關心改變是提議和倡導或抗議此一提議。

（二）社會行動之目標是行動者想要的，其對某些問題已有自己的想法和許多研究見解，但不見得社會大眾都知曉。其想透過社會行動獲得大眾支持，以達成目標。

（三）社會行動常希望由社會上真正能達成目標的人來參與。即希望擁有權力可達成行動者想法的人來配合，如可以

投票的大眾，可做決定的市長或立法委員。

（四）社會行動有許多方法，如教育、宣傳、說服或壓力，但不包括身體暴力或強迫性，其目的在使用各種方法讓標的對象依他們需要或訴求來自行決定。

（五）社會行動為一種社會現象，其目標或方法在社會上可能是合法或非法，視所處之環境社會不同而不同。其行動參與者有情緒上的承諾和很強的信念。其可能想要修改不合理之法律。

（六）社會行動只是在測試行動者認為其是否為社會想要的，而認為社會想要的是具有價值判斷，許多問題具有爭議性，故社會行動者視為社會想要的，不見得是當時社會能感受到想要的。

（七）社會行動應只是一種方法和程序，而非某種社會價值。社會行動並非是社會改革，因為改革之字眼有行動是好的、是想要的意義，而社會行動是中立的。

（八）社會行動某些方法可能是社會想要或不想要的，得宜的或不宜的。社會可能認為演說、討論、用媒體宣傳等方法是可接受的，但採用某種攻擊性、高壓力之方法是不適宜的，常會喚起心理抗拒和挑起長期敵意。

故社會行動是想結合社會力量，以形成各種不同壓力程度的方法；不論是否合適或能不能被接受，是要使對方自願或被迫朝他們所希望的方向改變，故社會行動即是在尋求群體之間衝突處理的過程，社會行動絕不等於暴力行動（曾華源，2001）。

二、社會行動的步驟和方法

社會行動不能是盲目的、隨意的，否則不僅容易失敗，且無法達成預定之效果。尤其重要的是社會行動並非是情緒

化的行為反應，而必須是一種理性的、有策略的集體行為。故以社會行動做為解決問題的方法或手段時，應做好妥善的規劃。否則想要改善問題不成，反而弄巧成拙，使問題更加惡化。

（一）問題的標定與評估

由於有時候團體會有情緒上的衝動，在未能充分瞭解問題而採取行動，有時反而無法掌握可能的結果，甚至使自己受到更不好的影響。此時社會工作者的主要貢獻，即在於協助團體將其精力，放在問題的探討上。

瞭解問題緣由、問題的嚴重性及影響範圍是處置問題的第一步。坎那威和堅特力（Connary & Gentry，1988）指出問題之評估應能有助於改變標的確認，其包括問題的社會歷史脈絡等。例如問題是如何及何時發展？誰從中得利？其方式為何？使其變成問題的因素是稅務、法律、規則辦法或經濟利益？故問題的指認和評估是社會行動改變努力之關鍵。其探究方法可採用訪問關鍵人物、組織社區公共討論，或以標準化問卷進行調查等等。不論採用何種方法，應注意資料的有效與可信，並協助指認問題性質範圍及可能原因。有時問題及其影響不易估計，此時最好則仰賴專家的協助。

問題標定與評估的結果必須能陳述達成社會目標上所要改變的人、組織或機構為何、系統的界際和顯示解決問題上誰是多重系統上的關鍵人物，而此一部分將成為社會行動的主要原因或訴求。

社會行動主要訴求（主張），大致上可分為三種：改革性訴求、抗議性訴求和協助性訴求。改革性訴求主要重點在於消除造成或持續社會問題之制度或措施。如婦女運動訴求改變民法中有關子女養護和財產制度對婦女不公平之處，或同

性戀者爭取免服兵役；同時通常是涉及挑戰社會之基礎哲學和假設。抗議性訴求目的在於訓誡造成問題之機構，如勞工到立法院或行政院強烈表達全民健保勞資保費分攤不合理、婦女團體抗議假釋連續強暴犯、殘障聯盟向立法院、行政院抗議編列預算過少。協助性訴求在尋求協助社會問題的受害者，其要求透過提供方案和服務協助已受害者或可能的受害者，如配偶虐待庇護所、強暴危機服務中心。

（二）評估標的體系（target system）

「知己知彼、百戰百勝」是任何改變行動的最高指導方針。瞭解社會行動所欲改變的對象，才能事半功倍。Pincus & Minahan（1973）認為分析標的體系可從四方面來評估：

1. 權力：指標體系的權力來源，如聲望、金錢、選票、接近與操控訊息、追隨者的忠誠、對媒體的控制等。社會行動的目標之一即在破壞此一部分，以達成改變之效果。權力基礎是體系維持運作的重要來源，只有標的體系感到威脅，且願意加以改變，社會行動才有成功可能，就像是「攻心為上」的策略一樣。
2. 標的體系之組織特質：如公立或私立標的與其他社會體系之關係為何等等。如果標的體系和其他體系之關連密切，就應一併考慮成為標的體系的一部分。
3. 標的體系和行動體系在重要價值上是衝突還是有相同。有時二者有共同的目標價值，但在手段價值上有差異；如均同意應重視同性戀者的人權，但在保障人權的措施上，欲有不同看法。通常有不同價值就可採取行動。
4. 改變結果之評估：改變不等於問題會有改善或情況會進一步發展，因此，社會行動體系必須妥善做好此一部分之評估。故要估算改變目標體系的可能結果為何？是正向或負

向等問題。此一評估也協助指出社會行動改變上可能的障礙，以及提供有關改變方向之線索（曾華源，2001）。

（三）確認行動體系

指準備反映需求或社會問題的團體和相關人員。行動體系可能為小鄰里或社區團體尋求改變，其只是居民為主體（如台中縣龍井鄉新東村居民抗爭納骨塔違建行動、中油大林煉油廠圍廠事件等），而非追求區域化利益的行動體系，可由較大地理區域內的相關單位標定，如殘障聯盟、兒童福利聯盟。其行動體系之組合方式可分為社會運動、聯合（coalition）和社區組織（Connaway & Gentry，1988）。

1.社會運動（social movement）

社會運動為一組觀念和信仰，其將共享相同目標和偏好的團體或個人集合一起，其期望改變社會結構和社會資源之分配。發展條件來自相對剝奪感，其知覺到期望和實際所得之間有相當差異。其運動是由經驗到相同問題的人口組織如婦女運動或保護老人、身心障礙弱勢團體運動。有些則由跨人口組群組成，如雛妓保護運動。

2.聯合

此一型式是由數個正式協商朝目標的體系一起採取行動之團體組成。又可稱為團體的工作（intergroup work）。如保護雛妓運動中到華西街慢跑活動，或由工人立法行動委員會發起「一一一二秋鬥的全民健保三不保大遊行活動」，共有一百多個工會團體參加。

聯合的方式很多，可採取單一主題，由某些組織代表組成或由組織代表和個別成員組成，其組織之結構可以是正式結構，有正式工作人員來掌握運作和決策。而有些聯合是非正式的方式，彼此分享訊息、發展策略，但團體參與有高度

自主性。聯合要能有效的運作，社會工作者可以透過下列方式來協助（曾華源，2001）：

（1）確認聯合的明確目標，並獲得全體成員同意此一陳述目標和目的。

（2）確認聯合是長期性的或是有時間性的。

（3）何種資源是成員和代表同意分享的？

（4）在工作推動上應有何結構？

3.社區組織

此一型式常指的是一種草根方法（grassroots method），其目的在動員民眾參與社會行動過程。主要只透過讓民眾自覺與意識問題，而能自發性之組織起來爭取權益或對標的體系施壓。因此草根方法主要重點在教育民主瞭解問題，以及視社會衝突為一個變遷機制，以發展行動體系。其不一定在對抗政府，挑戰法律，其目的在採取實際行動，以使得問題能夠改善，獲得需求滿足（曾華源，2001）。

4.計畫和進行變遷

社會行動必須妥善規劃，應考慮行動體系、行動目標，行動方法與目標之關係、行動策略、行動方法，以及其和目標之間的關係。

（1）凝聚行動體系：社會行動體系的合作與一致行動能力，對社會行動成效影響很大。在計劃行動上，社會工作者應瞭解成員之間有無共識存在，成員行動能力如何，以及彼此間的關係如何等等，以便促成和維持一致性行動。對於行動體系成員需求滿足應特別注意。可以使用符號如設計與訴求有關的歌曲、旗幟、T恤，可以凝聚成員，籌款和傳播訴求，溝通媒體，如快訊、傳單等，可以擴散體系、增進溝通等。

（2）確認主要的目標和相關目標：在社會行動上應區別行動

結果是目的本身，還是工具性和催化性目標。通常社會行動的終極目標是使人能幸福快樂的生活在社會中，其只能透過仲介目標來達成，通常社會工作者在社會行動中可用不同的策略與技巧。

（3）行動策略之選擇：策略之選擇應依照下列之原則（Connaway & Centry，1988）：

① 策略應在邏輯上能與目標相連，換言之，必須考慮策略與行動能否達成預定之目標，或是否一定會達成所欲的結果。切忌避免情緒發洩，而衍生不必要的後果。

② 策略應反應標的體系之弱點，改變之障礙和改善結果之正負向評估。

③ 策略應與行動體系之規模、權力資源、價值導向和領導相一致，並應量力而為。

④ 策略之選用應與造成問題原因之生命週期階段相一致，換言之，應考慮目標體系的發展階段和基礎穩固與否。

⑤ 應視政治、經濟、社會氣候之變化而不斷評估改變範圍，並作為選擇策略之基礎。

三、社會行動的策略

社會行動常採取的策略有：1.示威，如遊行、發傳單。2.不合作，如罷工、抵制、抗爭。3.干預，如靜坐、反罷工、非暴力阻擋等等。其詳細內容如下：

德罕穆（Dunhan，1970）認為社會有二種取向，一為程序行動（procedural action）或政治社會行動，其目的在尋求標的體系改變與合作。另一種為直接行動（direction action），有較強的挑戰性，成員有較深的承諾來行動，期望能直接影響標的體系。其又可分為三種方法，即示威（如遊行、發傳單、用小型宣傳車等）、不合作（如罷工、示威、聯

合抵制、抗稅等）、干預（如靜坐、反罷工、非暴力的阻擋等）。

哈普里和麥格力格（Hopkins & McGregor）（謝水養譯，1991）指出促成社會變化（social change）的策略，可分為針對草根性變化（grassroots change）之策略與獲得政府採取行動之策略。所謂草根性變化之策略，其目的在給予直接壓力、破壞或阻礙體系之運作。而針對獲得政府採取行動之策略，包括遊說、選舉和運用科層政治。坎那威和堅特力（Connaway & Gentry，1988）認為社會行動之策略可分為：合成或共同工作（collaborative）策略、活動策略和爭勝（contest）策略或衝突策略等三種，其中合作性策略只用在彼此之間對於主張和改變手段有相當共識存在。可以用提供明確訊息、遊說、說服、對有關問題之教育等技巧或方法。而活動策略常用在標的體系有錯誤訊息或對問題冷漠上，其可運用再教育、說服、遊說、寫信、由重要人物出面表示支持等方式。而爭勝策略常用在與標的體系有對立的情形下，常採取示威、不合作和其他非暴力之調適，如聯合抵制。

爭勝策略主要目的在壓制對方，使標的體系不得不改變，其所施予標的體系之壓力層次有三：第一層次壓力目的在引起公眾注意某種議題，可採用之戰術有拒絕領獎、示威遊行、散發傳單等等。第二層次壓力目的在針對經濟基礎或輸送體系，如勞資雙方在薪資談判上，以假日罷駛來施加壓力，又如社區居民設置路障禁止砂石車通行，以免破壞路面和造成車禍。第三層次壓力目的在瓦解標的體系，其戰略在引發注意不公正的法律、政策或程序，並以某種方式來違反，如拒繳醫療保險自付額。由於此一策略可能會涉及激烈衝突或違反法律之冒險，故成員必須有高度的承諾與一致性（曾華源，2001）。

第二節　集體行為與社會運動

一、集體行為的意義

集體行為（collective behavior）是與團體行為（Group behavior）、團體現象（Group phenomena）有同樣意義。就團體現象來說，范珍輝教授認為「集體行為係社會生活現象，係互動行為的過程。」就集體行為來說，布魯姆（H. Blumer）認為：「集體行為是指結構相當鬆弛的社會情境及其產物，如群眾、騷動、信仰復興、謠言、輿論、時髦、社會運動等。這些現象有一共通特色，行為不全在文化規範和有秩序之社會關係的控制下。」同時布魯姆把集體行為的發展分為二個階段：一為基本的集體行為，一為社會運動。其意義就是基本集體行為的結果，即有發展為社會運動的可能，並且認為集體行為之產生乃由下列幾種因素所致：

（一）社會不安（Social unrest）：當人們的動機、願望、安全、需求無法在現存的社會生活中獲得滿足時，即處於不安狀態下。此不安感覺變成「循環反應」（circular reaction）和社會傳染(social contagion）時，就產生社會不安。社會不安可能會蛻變為改造、革命、宗教分裂、精神覺醒和社會運動等現象之出現。

（二）循環反應（Circular reaction）：是社會互動方式之一，是類似一種相互刺激（interstimulation），在此相互刺激中，某人往往以其得自他人之刺激，傳遞於第三人，第三人又傳遞他人，他人再傳遞他人，如此往復刺激，循環激盪，最後又傳至原刺激人，結果刺激因此而增強。

（三）磨擠（Milling）：在集體行為型態中其是最基本的模式，可視為純粹的循環反應。磨擠中的人們是在一種漫無目的情境下互相追逐，類如狂奔中的牛群、羊群，其

作用在促使人們相互之間，更加敏感，更易反應，更受影響，如同一種催眠狀態，受催眠者漸易受催眠師的控制，其注意力專注在催眠師，對平日易於反應的刺激，反而視若無睹。由於磨擠能使人敏於感應，促進集體行為，所以人們更易於在一種共同情緒衝動的影響下，自然地傾向於共同行為，失去個人單獨的行動。

（四）集體激動（Collective excitment）：較磨擠更為緊張的形成，可視為磨擠的加速器，亦具有循環反應的一般特性，值得注意的特徵是它是吸引觀察者注意時所表現的力量。凡有集體激動的地方，由於磨擠的結果，人們往往在失去正常控制力量，而使激動造成感染行為。其次，它易使人之情緒遽然出現，且更易受發自內心衝動的支配而喪失個性，造成新行為範式與個體再組織的有利準備條件。所以集體激動在促進人們構成新的群眾行為的基礎上，具有相當大的影響力。

（五）情緒感染（Emotional contagion）：是指相當迅速的、無意識的、不可理喻的一種情緒衝動或行為的傳播。凡集體激動緊張而廣布的地方，一定有各種情緒傳染的存在。其有社會流行病的特性，所謂戰爭狂、經濟恐慌、銀行擠兌……等都可以說是情緒感染的例子。其產生的心理過程，雖不甚了解，但可從下列三點去探討：1.暗示感應性增高、2.刺激情境的加強、3.同質經驗的助長等。

從上述集體行為產生因素之分析，可知其特徵如下：

1. 偶然（短暫性）的：它是一種社會情態的插曲，非團體行為模式不可，所以它是臨時的、多變的、不可預期的。
2. 無結構的：它的出現缺乏行為準則，是在散亂偶然過程中產生。

3. 不可預期（情緒性）的：其結果是不可預期的，如憂慮、憤怒、興奮、恐懼、憎恨，是最重要的情緒表徵，這其中無法預測在下一步會產生什麼？或是最後結果是什麼？
4. 無理性（盲從性）的：集體行為中的人處在一種緊急和焦慮之狀態下，覺得有一種強大的衝動使其行動，這種衝動雖無目標，但卻引人盲目地行動（梁懷茂，1984年）。
5. 自願性的：分子在集體中扮演較自由的角色。
6. 緊張性的：常處在不確定之情境下，故容易緊張，接受暗示性的感染。

二、集體行為產生的條件

從價值增加的論點來看集體行為不是隨時隨地會發生，其產生必須有下列條件：

（一）結構上的助因：一種集體行為的產生必須有該類環境因素，如超級市場的搶購是一種集體行為，而有此搶購的集體行為就必須先有超級市場的存在。

（二）結構內的歪曲：是指環境結構內的矛盾、衝突及缺陷。

（三）對社會的關心受到挫折：沒有參與社會活動表達其對社會關切的機會，因此有挫折感。

（四）共同的信念：大家相信問題的存在，並願共同設法解決。

（五）催化因素：因突然發生某重大事件，使人更加憤怒，觸發集體行為。

（六）行動的動員：人群採取集體共同行動時，領袖會從群眾中產生，領導群眾，擴大事件。

（七）社會控制：集體行為嚴重時政府可能會採用警察、軍隊、法律等控制工具來設法控制其擴散。若社會控制失效或不當，則集體行為可能發展成為不可收拾的局面。

三、集體行為的表現

（一）情緒感染的表現：

1. 群眾：具有暫時性、興趣性、空間性、偶然聚集於一處，注意一共同目標並對此目標加以反應，其反應是純粹的先社會形態，並伴之以強烈情緒的一群人。其類型有下列四種：（1）偶集性群眾（Casual crowd）：是誘導性群眾，是暫時的無組織的存在之群眾。（2）約集性群眾（Conventionalized crowd）：大體上其行為與偶集群眾相同，所不同的是其對所關心的事務之反應是固定的、傳統的習慣性行動。（3）表現性群眾（Expressive crowd）：激動的表現在其身體的運動中，完全求輕鬆自由，並不指向於某一特定的目的，如原始民族因宗教儀式集合跳舞的群眾。（4）行動性群眾（Acting crowd）：是屬有侵略性的群眾，是有一定的目標作為其行為指南的群眾，如革命群眾。
2. 暴動（Mob）：是一群有情緒激動的分子，他們準備或從事於猛烈行動。暴動通常是有領袖、有組織的團體行動。
3. 恐慌（Panic）：是在危機情況下爆發的暴眾行為。如在火窟中、沉船上、經濟的或社會的危機情境中，民眾隱藏著恐懼、不安、迷惑，乃至惶惶無主之時，最易接受暗示而造成暴力行為。
4. 時狂（Craze）：含有強烈的情緒成份。是一種流行形式，雖成員不會神魂顛倒改變生活，但則將使個人付出一切，甚至使人缺乏理性，做出蠢事，造成災禍。如養鳥狂……等。

（二）符號誘導性的表現

1. 公眾（The public）：亦稱為群眾，被視為一種高於群眾的

民族。但在公眾中是能夠討論，而且討論是重要的一部分，而在群眾中討論是不能存在。前者對發生的問題可以批評、容納歧見及妥協，而後者（群眾）便不容許如此之反應。

2. 宣傳（Propaganda）：是運用語言、符號等種種表象工具，以控制或影響多數人的思想或感覺，藉以達成一定目標的企圖。也是巧妙利用暗示感染以影響民眾的行為之技術。故宣傳常被用作衝突與戰爭的工具。
3. 謠言（Rumor）：是未經證實的消息，通常是在憂慮或緊張的情況下由口頭傳播之。

（三）組織指導性的表現

組織指導性的表現當指社會運動而言。而社會運動是社會中的團體，有目的、有組織、有方法的社會活動，其成因為：

1. 文化浮移（Culture drifts）：是一文化體系內部變遷的一種過程。也是一社會生活形式或生活方法慢慢改變，如制度、規範、觀念、價值、態度、生活方式的轉變。
2. 個人適應：個人不能滿足各種角色、不能安逸生活、不能獲得適當地位、不能獲得需要之滿足時很容易轉移到社會運動上，以求不滿情緒和壓抑心理的發洩來補償其心理上的空虛。
3. 社會疏離：參與團體的個人，其工作性質與所處的生活環境脫節，而有被孤立或與社會隔閡之感覺者很容易參與社會運動，以滿足參與社會群眾活動之需求。

四、集體行為與群眾戰關係及發展過程

群眾戰旨在運動群眾勢力，助長軍事作戰的勝利。所以

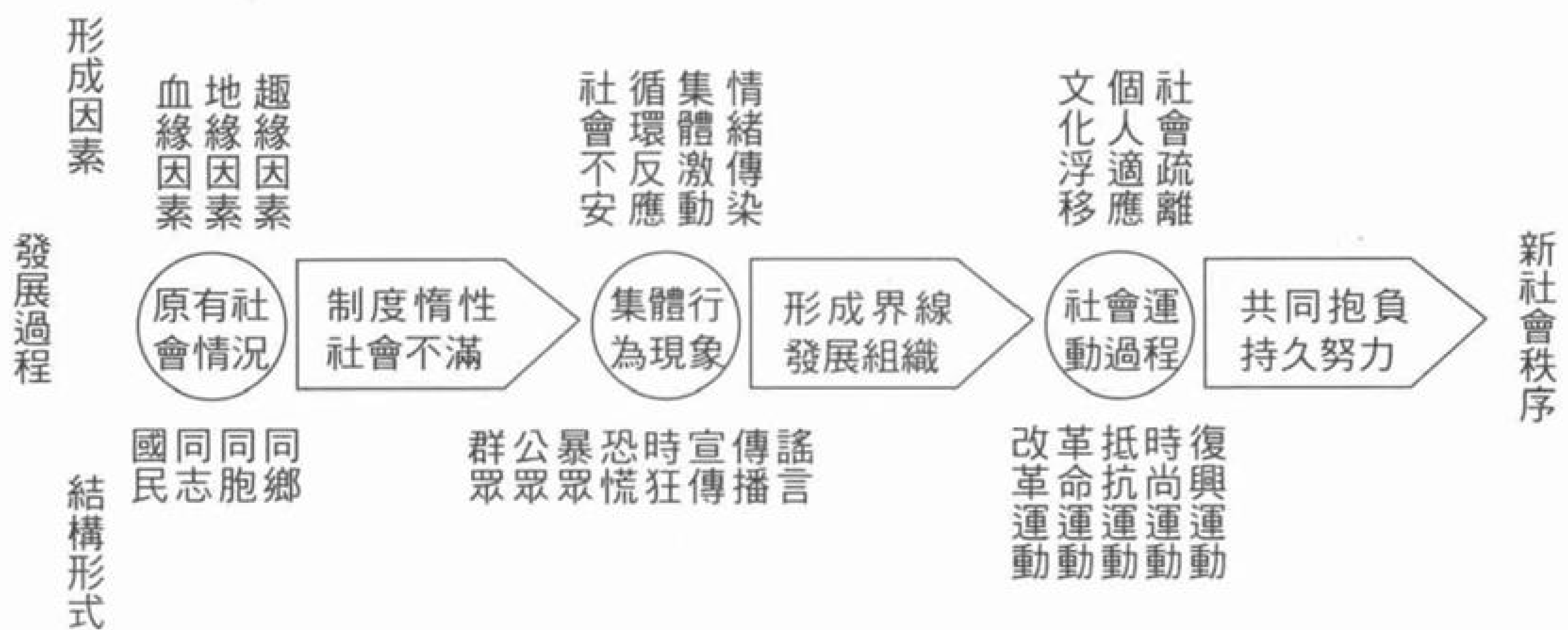


圖9-1　集體行為與群眾戰關係及發展過程

群眾戰是在鼓舞情緒、造成形勢、整合力量、推進運動。集體行為是在結構相當鬆弛的社會情境中的產物，如群眾、公眾、暴眾、時狂、恐慌、信仰復興、宣傳、謠言、社會運動等，均因心理循環反應、情緒傳染、集體激動等過程，造成的社會力量。這種力量可以破壞社會平衡，也可建設社會的新秩序。

五、群眾的特徵

聚集在一處並具有共同興趣或注意共同目標並對之反應的暫時性之團體，謂之群眾（Crowd）。其特徵如：

（一）各成員之間軀體相接近。群眾組成之後，全體成員將分享共同的情緒及作相同的反應。

（二）成員之間有共同利益或一事物有共同的興趣。

（三）群眾是一時的存在，當共同利益達成後或興趣消失時，即隨之解體。

（四）參與群眾與否，完全由偶然的因素決定。

（五）群眾的分子是匿名。

（六）群眾的分子易受群眾心理的影響，成為感情用事。

六、民意測驗及輿論的涵義、特性與功能

（一）輿論的意義：輿論（Public opinion）是指公眾經由公開辯論所造成的協議。

（二）特性：1.輿論是集體的產物，是各種意見的綜合。2.輿論並非是一成不變的，相反它是經常在改變。是常依客觀因素或情境而改變。3.輿論是以言論自由與出版自由為基礎和民主政治有密切關係。4.輿論往往含有理性的成份，其理性程度依公眾教育程度而定。5.輿論不必全體一致同意，但以多數人意見的一致作為要件，且輿論一旦形成之後，會受到全體成員的支持。

（三）功能：1.是社會大眾反映意見及態度的管道，也是積極表現關心社會的方法。2.為民主國家最佳的表徵，重視輿論為表現民主國家最佳途徑。3.反映民意作為政府施政參考，並經由輿論和民眾作良好溝通，可減少政策施行的阻力與困境。4.某些政策的推行或宣傳可經由輿論的培養或形成，來引起社會大眾的重視和了解，達到教育目的。5.發揮社會控制力量。

七、社會運動的特性（特質）

（一）一種新觀點，如改善性別角色或提高貧民經濟地位。

（二）一種理想，如社會平等及民主的思想，而當運動遭受到現存的社會秩序反抗時，這種理想就成為運動分子的支持力量。

（三）實踐或付諸行動，不僅喊口號，同時也表現在實際行動中，行動的表現可增強運動分子對社會革新的信心。

（四）缺乏中心的控制，組織鬆弛，尤其在早期的階段（謝高橋，1982年）。

（五）有運動的目的與目標，社會運動是有其預期目的與努力

目標。

（六）有組織，社會運動是有計畫有組織一群人，採取溫和一致的行動，以達到其革新目標。

（七）有其運動意識型態，有領袖和指揮系統，有長期分工與合作，以及有社會規律與社會價值意識。

（八）革命與革新可視為社會運動，為促進社會變遷的一種手段。

八、社會運動的類型

（一）依雲五社會科學大辭典的分類，即社會運動大致可分為下列三類：1.一般社會運動，如保障障礙者工作運動、勞工運動、婦女運動、和平運動等。2.特殊社會運動，如反奴隸運動、養女保護運動等。3.抒情及時尚運動，如宗教運動及各種行為模式的廣泛流傳現象。

（二）依艾比力（David Aberle）所提出的社會運動二個分類標準：1.發起人尋求改變對象的類型（想要改變個人或社會狀況）；2.他們尋求改變的程度（只是部分或全體）而分，可分為下列四種類型：（1）替換運動（alternative movements）：旨在達成某有限而特別的個人之改變。（2）救世運動（redemptive movements）：也是一針對個人的改變，但它所改變的是全體，非部分。（3）改革運動（reformative movements）：所改變的是社會，非個人。（4）改形運動（transformative movements）：是社會秩序的改變為目標。

（三）其他的分類：

1. 價值取向的社會運動，如貪污的改革運動、勞工運動等。
2. 控制運動，如政治分裂運動、民族運動、宗教派系運動等。

3. 分裂運動，如宗教分裂運動、小政黨運動等。
4. 參與取向社會運動，如消極宗教運動、經濟挫折運動等。
5. 遷徙運動，如都市遷建運動、國外移民運動等。
6. 表現運動，如宗教類型、頹廢表現、消極表現等社會運動。
7. 理想運動，如社會主義運動、神父王國等的社會運動。
8. 改革運動，如民權運動、女權運動等。
9. 革命運動，如法國大革命、蘇俄的革命等的運動。
10. 抵抗運動，如美國三K運動（Ku Kux Klam）黑白合校抵抗運動、抵抗家庭計畫運動等。
11. 保障弱勢族群運動，如保障老人或障礙者社會參與運動，保障老、殘被虐待、被遺棄、被忽視等運動。

九、社會運動產生的原因

（一）馬克思（Karl Marx）、提立（Charles Tilly）、史可波（Skocpol）等之看法：

1. 社會和經濟的剝削：馬克思認為社會運動產生的因素是人民基本需要被剝削。但戴維士（James Davies）卻認為革命運動最能產生的時刻是在經過長期的經濟和社會改革之後，人民的財富卻突然而迅速地破產之際。
2. 資源動員的能力：若想改變現有的價值或規範，人們必須動員資源才能達到其目的，若沒有這些資源，即無法達到，因此，提立認為只有當被壓迫的團體具有採取重大行動的資源與組織時，才會發生暴力與革命。這些資源包括金錢、大眾傳播媒體、建築物、幹部、制度與知識等。
3. 社會革命（Social revolution）：史可波認為社會革命是伴隨著最底層分子的叛亂而來的社會狀況與階級結構的快速而基本性之轉變；同時史可波發現階級衝突是革命的基

礎。

（二）從集體行為、社會結構、社會關切之挫阻因素來看社會運動產生有下列幾個原因：

1. 文化的混亂：行為標準的分歧、多重工作目標機構、文化雜亂矛盾、價值觀的偏差……的文化混亂和真空，有助於一種奇妙的想法之產生，這種想法有時會成長發展。

2. 社會的複雜：社會由許多不同團體組成，其生活上雜多分歧，由於行為準則不一致，所以，若想將其理想付諸實施，必須借助於組織的力量。

3. 個人的不滿：大眾社會生活的後果，對未來的憂慮、目前的挫折、慾望不能滿足而引起繼續不安，或由不了解情況而造成困惑，而致不安，社會不安以及其他社會變遷的現象，通常都是「社會不安」的產物。

十、社會運動的功能與週期

（一）社會運動的功能

1. 居間促成個人與社會之間的關係：社會運動給每個人有參與表達意見的機會，並且對社會秩序有所影響。

2. 促進壓力團體的興起：社會運動常常促成壓力團體的發展。

3. 集體意識的澄清：社會運動是具有發展意念讓社會公眾討論的功能。所以，所有社會運動都在實現類似「意識提升」的功能，因此，集體意識的澄清是社會運動最主要的功能。

（二）社會運動的週期

社會運動從群眾階段發展到社會組織階段，社會學家稱其為社會運動的生命週期，其各階段的特徵如下：

1. 社會不安的階段或準備階段：在此階段中，民眾表現極度不安與不滿並容易激動，但由於缺少共同的方針，僅發生單獨或零星的暴動。同時，不滿情緒擴展後，民眾無法理智思考，故傾向於接受暗示，盲目行動。故在此階段，煽動家可發揮作用。
2. 群情激動階段或群眾階段：在此階段者，不滿或不安的民眾大量增加，分享共同的心態，也即表現在情緒的感染現象。同時，領導人物也開始出現，但都是以革命家或預言家的姿態出現，提出籠統的目標或方向，缺乏明確的思想和策略。
3. 定形階段或組織階段：在此階段者，社會運動漸漸明晰地組織起來，民眾的興奮情緒成為正式化，亦即有公認的目標、規律、政策、戰略及紀律。這個時候，預言家及改革家將領導地位讓出給政治家，由其負責組織及動員。
4. 制度化階段或完成階段：在此階段者，社會運動已具體化，理想已被接受成為新社會秩序，於是民眾的熱情逐漸減退，運動內容並不是群眾的集體行為，而是運用組織結構達成運動目標的問題，因此，此階段所需者不再是政治家，而是需要善於處理問題的行政專才（朱堅章、范珍輝等，1987年）。

十一、當代的社會運動

近年來在歐美發生了不少的社會運動，如反戰運動、反核運動、生態運動、同性戀者爭取權利運動、婦女運動、民權運動、農民運動、監獄改革運動、人口零成長運動、新基督教徒運動、反公害運動、反墮胎運動等等。上述的運動中較具體而重要的有下列幾項社會運動：

（一）婦女解放運動（The women's liberation movement）

在1963年，全美五十州成立了調查婦女地位委員會。1966年成立了「全國婦女組織」（NOW, The national organization for women）。1966年全國婦女組織所定目標為「把婦女帶進社會的主流之中」。該組織全國有八百多個地方分會，採用合法訴訟、政治遊說團體、示威遊行與抵制措施方式，達到下列目標：1.教育改革、2.廢除那些禁止墮胎的法案、3.爭取老、殘婦女權利、4.爭取女同性戀者的權利、5.提高婦女地位、6.平權修憲(ERA, the Equal Right Amendment)納入憲法條文。

（二）環境保護運動（The environmental movement）

卡森（Rachel Carson）所著「寂靜的春天」（silent spring, 1962），在美國引起下列影響：1.促成地方與州法律禁止使用殺蟲劑、2.促使生態問題廣受注意、3.獲得社會廣泛的支持而成立「環境保護機構」（the Environmental Protection Agency）。由於卡森提供一個比較可怕的觀點，那些損害全球生態體系的力量之大，遠比大多數人原先所估計的為大，但卻不受一般人所注意。他揭發一些工商界與科學界蓄意從事破壞環境的行為。卡森的目的，旨在喚醒一般人認清環境品質對健康與福利的重要性。因此，今天的美國已邁入一環境保護主義的新紀元了，其空氣品質比1970年「清潔空氣法案」（Clean Air Act）通過前好多了。不過，因化學、放射性等廢棄物…等危機，僅次於核子戰爭而已威脅到全美國的土地、水源與公共衛生。

（三）反核運動（The antinuclear movements）

因武器競爭可能引起可怕的核子大戰，使原先投入環保運動的大量人力與資源，轉移到反核運動。同時於1983年美國有九個州、數十個城市與五百多個小鎮選民，投票決定凍結增設核能發電廠。1979年發生在三哩島的核能電廠意外事件，更增加反對核能發電運動的支持者，許多和平行動主義者也加入這種運動。並且有人認為反核與和平行動的實質合作，在策略上才有更大力量，因此核能發電與核子武器的爭議才逐漸合而為一（林義男譯，1988年）。

十二、台灣之社會運動有關法規、政策與種類

（一）有關法規、政策

1. 清代：（1）清律，如清律戶役、刑律、（2）大清會典戶部蠲恤部，如康熙會典、嘉慶會典、（3）其他法規與政策。
2. 日據時代：（1）治安警察法、（2）改善佃農慣例、（3）未成年者飲酒禁止法、（4）撫育山胞（高砂族）政策、（5）山胞產業政策、（6）矯風事業政策、（7）台灣經濟法、（8）台灣教育政策、（9）其他。
3. 光復後：（1）台灣省改善民俗綱要、（2）推行戰時生活節約運動實施計畫、（3）台灣省統一捐募運動實施辦法、（4）台灣省動員月會推行辦法、（5）婦女運動政策、（6）克難運動、（7）毋忘在莒運動、（8）非常時期農礦工商管理條例、（9）其他。

（二）社會運動種類

1. 清代：（1）貧民收容救助機構，尤其老、殘收容機構捐建運動、（2）鰥窮救護運動、（3）改善改葬（洗骨）習慣

風俗、（4）推行異姓養子與棄嬰收養制度、（5）查某嫺（奴婢）婚配強制計畫運動、（6）改善社會風俗或風氣，如戒除吸食鴉片、戒除賭博、提倡敬字紙風俗習慣、禁止纏足風俗習慣、禁止溺女（殺女嬰）之風俗習慣、改善停柩（殯殮）及埋葬風俗習慣、禁止殉死風俗習慣、提倡寡婦保護及節婦烈女旌表（表揚）風俗習慣等之社會運動。

2. 日據時代：（1）急速發展的民族運動、（2）政治結社的台灣民眾黨運動、（3）台灣文化協會運動、（4）台政革新運動、（5）台灣農民組織與農村運動、（6）佃農爭議解決運動、（7）勞工運動、（8）學生運動、（9）禁酒運動、（10）高砂族政策反抗運動、（11）其他。
3. 光復後：（1）風俗改善運動、（2）戰時生活節約運動、（3）敦親睦族運動、（4）表揚好人好事運動、（5）統一捐募運動、（6）家庭計畫運動、（7）人民團體動員運動、（8）婦女運動、（9）勞工運動、（10）保護消費者運動、（11）反核能發電廠運動、（12）綠化運動、（13）反公害運動、（14）反賄選運動、（15）掃黑運動、（16）保障孤兒、老、殘收容運動等等（重修台灣省通志，卷七政治志，社會篇，1992年）。

第三節　身心障礙者的社會行動、社會運動與組織

綜合上述社會行動與社會運動來說，前者的社會行動是較偏於社會福利活動的一種型態，也就是身心障礙者的訴求等的行動或運動是較傾向社會行動，即依身心障礙者的需求（要求）去組織福利關係者的團體，而這些團體的成員不是弱

勢的身心障礙者就是同情支持身心障礙者的大眾為主，運用所組織的團體來喚起輿論的重視來施壓立法機關的立法者，或中央主管機關去修訂現存不合理不適當的法制，達到擴充或創造社會資源來改善社會福利則身心障礙者福利事業或營運等的目標、目的之一種活動。而後者的社會運動是較偏於政治活動或反核、反戰的運動較多，主要是較傾向革命與革新，並且有意識型態，雖然身心障礙者爭取其福利權益，也有透過社會運動來爭取，但是擔心複雜底層參與分子的暴亂而使其運動的基本性迅速轉變，變成幫倒忙的結果，因此，身心障礙者或同情支持障礙者，大都是較喜歡運用社會行動來爭取其權益或達到訴求的目標。

一、身心障礙者的社會行動或社會運動

第二次世界大戰之前少有如此的行動與運動，一直到二次世界大戰以後，才迅速地發展起來，因為二次大戰前或大戰時，所有身心障礙有關的福利機構，都是以傷病的軍人為服務對象，以軍人為最優先，但到第二次世界大戰之後，尤其是1960年以後，許多先進國家依無差別平等原則重視到身心障礙者的福利服務事業。不過當時的身心障礙者福利機構，大都以一般肢體障礙者為對象，後來才慢慢地擴及到智能障礙者的福利服務。但通常是從重視輕中度的身心障礙者服務，後來才漸漸擴大到重度、極重度的障礙者福利服務。

（一）身心障礙者自己的組織活動

身心障礙者先要有組織，有組織才能團結，有團結就有力量，其自己的組織活動有：

1. 盲人聯合會：盲人自己組織聯合會，相互支援照顧。
2. 聾啞聯盟：耳聾者與啞吧者所連結的聯盟，增加聾啞們的

力量。

3. 肢體障礙者聯合會：肢體障礙者為有更大力量去爭取到合理的待遇與權益而組織聯合會。
4. 腦性麻痺者之總會：腦性麻痺者為能團結發揮更大的影響力所組成的總會。
5. 其他，有關障礙者所組織的聯合會。

（二）身心障礙者（兒童）家長組織活動

障礙兒童的家長為相互分享照顧障礙兒童的經驗以及相互交換照顧障礙兒童的知能，能為障礙兒童爭取權益，所組織的團體（會）。

1. 身心障礙兒童家長全國總會。
2. 全國智能障礙兒童養育總會。
3. 全國肢體障礙兒童父母總會。

（三）其他之身心障礙兒童之家長會或有關組織

1. 語言障礙兒童家長會。
2. 保護心臟病子女總會。
3. 筋骨萎縮者協會。
4. 身心障礙者（兒童）之姊妹（含兄弟）會。
5. 重度心身障礙兒（者）保護會。
6. 罕病兒（童）家長會或基金會。
7. 臥病兒（童）家長會。
8. 聽覺障礙兒（童）家長會。
9. 自閉症兒（童）家長會。

（四）身心障礙兒童福利協會

身心障礙兒童的家長團體很多是與身心障礙者福利機構

的團體結合，而組織以全國社會福利總會為中心的身心障礙兒童福利協會，此協會是超各種障礙類別的組織，以身心障礙者福利之預算政策為重心，扮演爭取障礙者福利的重要角色。此協會也是推展全國身心障礙者福利的原動力。

（五）展開新連帶組織

1.身心障礙者全國連絡協會

所組成的保護身心障礙生活與權利的全國連絡協會是由障礙兒童有關的教師，機構的員工、醫師、障礙者、障礙者父母、居民等，為追求障礙者權益所組織的社會行動或運動的團體，養護學校或機構的教育義務化的推動，扮演重大的角色。

2.全國身心障礙者解放運動連絡會

許多追求無差別的解放障礙者團體，所組成的「全國身心障礙者解放運動連絡（合）會。此會是反對肢體障礙者實況調查，阻止養護學校或障礙者機構教育的義務化之一告發性的運動團體」。

（六）組織「身心障礙者協會」

身心障礙者協會主要是推動國際身心障礙者年為目的，是由障礙團體及障礙者有關團體以及實務工作者等，所參與的組織團體。該會除了繼續推動「國際障礙者年」之目的外，對聯合國及國際障礙者之十年之推行，扮演極為重要的角色。

身心障礙協會，除了上述的貢獻之外，也從事障礙者問題的研究、社會啟發、國際交流、提出障礙者的福利政策與措施建議，盡力參與改革運動，提供或收集資料，成立障礙者的組織以及援助等工作。

二、自立生活運動之動態

(一)自立生活運動

受到1970年代美國「自立生活運動（Independent Living Movement）」的啟示與影響，促進世界各國的模仿與學習，此運動也是一種身心障礙者自身的主體性運動。

自立生活運動是以重度障礙者為對象，從其由家族或身心障礙者福利機構員工所照顧的工作，轉到以在社區中，依障礙者自己的意思願望與責任為基礎，獲得能自己生活自立更生為目標之一種運動。

1979年美國復健醫學會的刊物（Arcives of Physical Medicine and Rehabilitation）自立生活特集說明美國高度關心各國的復健有關之自立生活運動。1981年在日本東京舉行的「國際復健交流研討會」也強調障礙者自立生活的重要。

(二)自立生活中心

自立生活中心之開發與自立生活中心協會之成立，作為自立生活運動的社區據點之「自立生活中心」是人性照顧協會的先驅。

自立生活運動在西方是已經有30餘年的歷史，但在東方，晚了西方20餘年，比較發展的日本，也到了1989年在東京所舉行的「第一屆自立生活問題研究全國大會」才開始有些運動。我國更慢，一直到1995年以後，尤其2001、2003年二次修法時才開始真正重視障礙者的生活自立運動。

剛開始發起自立生活運動，尤其關心障礙者起居等的問題者，大都是以腦性麻痺之全身性障礙者的生活問題為研究的主要內容。而關心障礙者自立生活者，也以全身性障礙者為多。後來才慢慢擴及到其他障礙者，在這樣的環境之下，美國才組織了全國性「自立生活中心」。

身心障礙者自立生活中心成立以後，美國各地才紛紛成立了這種自主生活中心，因而引起各界的關心，在這種背景之下，有人提倡組織「全國自立生活中心協會（National Council on Independent Living Center）」，因此就有了全國性的自立生活中心協會的出現。

（三）身心障礙者自立生活中心的課題

1. 條件：（1）營運責任者與實權責任者，即勞方與資方都應是障礙者，（2）營運委員的障礙者必須超過一半，（3）提供資訊與權利保障是最基本的服務，（4）對不論任何障礙者都要提供服務。
2. 性質：身心障礙者自立生活中心是提供社區福利的機構。
3. 法定地位：為普及自立生活中心的設置，必須立法，明定編制與預算。
4. 質與量的維持：為提升或維護營運的質與量，尤其是專業人員的雇用，當事人及關係者必須展開強力的運動。

三、身心障礙者的運動新動態

（一）智能障礙者家長組織

1. 每年舉行大會。
2. 吸收新會員。
3. 各地分會的設立與業務報告。

（二）全國智能障礙者團體聯合總會

1. 各種物件資料的交涉與交流。
2. 發行相關刊物。
3. 輔導各相關團體。
4. 舉辦各種講習會。

（三）身心障礙者綜合資訊網絡

1. 收集與提供各種有關資訊。
2. 出版專業性季刊、月刊等刊物以及專業書籍。
3. 其他。

（四）身心障礙者福利政策與措施推展協會

1. 各級地方政府擬訂政策與推展措施。
2. 相關業者推展政策與措施。

第四節　身心障礙者的權益倡導

一、聯合國身心障礙者福利觀念

（一）世界人權宣言（1948年）

1. 第1條：「所有人類生而自由、有尊嚴與平等權利。人類是有理性與良心，非以相助同胞的精神去行動不可。」
2. 第25條：「所有人類依衣、食、住、行、醫療及必要的社會設施等，有維護自己及家族的健康與福利以及最低生活水準的權利；同時保險失業、疾病、身心障礙、配偶死亡、老年與其他不可抗力致生活困難時接受救助的權利。」

（二）身心障礙者權利宣言

1. 1971年聯合國「心智障礙者權利宣言。」
2. 1975年聯合國「身心障礙者權利宣言。」第3條：「身心障礙者，具有人類尊嚴，生而受人尊重的權利，不論其障礙原因、特質及程度，與同年齡之一般國民具有同等的基本權利。」

（三）國際身心障礙年

1981年為「國際身心障礙年」其行動計畫中以「完全參與與平等」為主題。

（四）提倡正常化（normalization）理念、原則與身心障礙脫離機構設施化（去機構化）政策，以及人權之尊重等。

二、我國的身心障礙福利之理念

「身心障礙者保護法」與「身心障礙者權益保障法」之比較

比較項目	身心障礙者保護法	身心障礙者權益保障法
障礙者	1.定義:個人因生理或心理因素致其參與社會及從事生產活動功能受到限制或無法發揮 2.分類:16類	1.定義:身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活 2.分類:8大構造與功能
鑑定	1.鑑定者:指定醫療機構或鑑定作業小組辦理 2.分類原則:以醫療觀點為主。 3.測量層面:著重「生理損傷」及「功能限制」。	1.鑑定者:衛生主管機關指定相關機構或專業人員組成專業團隊 2.分類原則:除醫療觀點外加入社會觀點。 3.測量層面:除「生心理損傷」及「功能限制」外，另增加「社會參與」及「環境因素」等指標。
需求評估		籌組專業團隊，依障礙類別、程度、家庭經濟情況、照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素為之
異議申請	三十日內提出申請，以一次為限	1.三十日內提出申請，以一次為限 2.自行負擔40%相關費用，異議成立者才退還費用。 例外：逾期申請，作業費用自行負擔
有效期	1.其他神經系統、慢性精神病患者、頑性癲癇症者依身心障礙等級備註 2.醫師臨床判斷	1.原則：最長五年，障礙無法減輕或恢復者逕予核發 2.例外：醫師臨床判斷
重新鑑定	障礙情況改變	每五年
換證	自行申請	依直轄市、縣(市)主管機關指定期日及方式
權益保障		新證明核發前，以原證明繼續享有本法所定相關權益
設籍時間		不得有設籍時間之限制

三、社區身心障礙者之社會行動、活動權益

社區的社會行動（social action）活動是身心障礙者福利活動之一種型態，即依對象之要求組織福利關係者的壓力團體，以達修訂法制擴充或創造社會資源，改善身心障礙福利營運等目的之一活動過程。

（一）身心障礙者運動：身心障礙者自身的組織活動，如盲人、聾啞、肢殘者之聯合會或聯盟，腦性麻痺者之協會以及其他有關之聯合會活動。

（二）身心障礙兒童家長之組織活動：全國性組織，如全國智障者育成會、全國肢殘者父母之會等的活動。

（三）身心障礙兒童福利協會：推動身心障礙兒童福利工作。

（四）新連帶組織：是保障身心障礙者生活與權利之聯絡與聯合會，也是有關教師、職員、醫師、家長、社區居民等共同組成的訴（請）求運動團體。

（五）身心障礙者協會：是身心障礙者相關的團體所結成，也是從事障礙者所關的調查研究、啟發、國際交流、提出建議，提供改革方案以及資訊支助等的活動團體。

（六）其他：如語言障礙兒童家長會，保護心臟病子女會、筋骨萎縮者協會、身心障礙兒童兄弟姊妹會，重度身心障礙兒童協會、保護臥病兒童家長會、聽障兒童家長會，自閉症兒童家長會等（江亮演，2000年）。

四、相關組織與運動

（一）國內外身心障礙者運動，以爭取身心障礙者權益：如身心障礙者自己的組織活動、障礙兒童家長組織活動、各種相關的福利協會或組織。

（二）自立生活運動：如1970代的美國自主生活運動與自主生活中心之開發及自立生活中心協會等。

（三）身心障礙者綜合資訊網路及季刊、月刊等之發行。

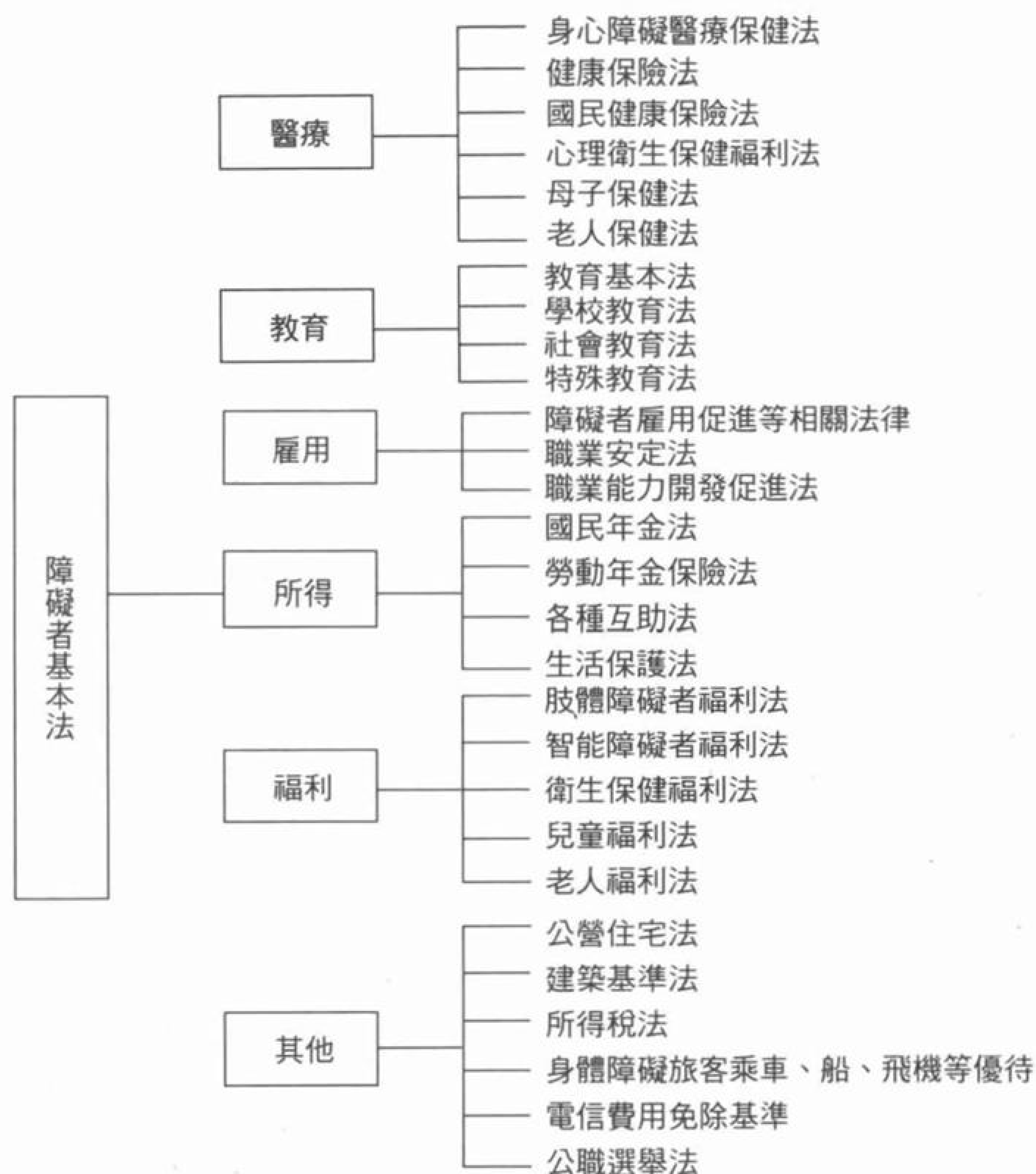
（四）身心障礙者政策與措施推進（推展）協會。

（五）身心障礙者僱用之國際合作：1993年聯合國「有關身心障礙者機會均等化基準規劃」、支援身心障礙者或其家庭的就業之權利，積極支援身心障礙者職業訓練，僱用比例，優先就業特定領域之考慮等等。

五、障礙者基本法

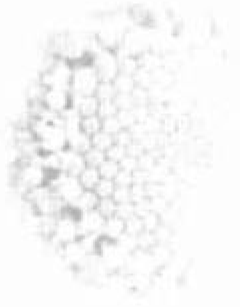
障礙者基本法（如表9-1）：

表9-1 障礙者福利相關法律











第10章

身心障礙者福利的人力與資源

第十章 身心障礙者福利的人力與資源

通常照顧身心障礙者的人員，在正式人力資源來說，社會行政領域是社會工作員（師），而在衛生行政來說是稱為護理人員或照顧人員，這些人員都有其法律上的定義與職務工作範圍以及其資格。而非正式人員方面，包括家族、親戚、朋友、鄰居、志工等等。

第一節 社區生活的障礙者之相談對象或照（介）護者

一、相談對象

依據三木教授（1997）對社區生活之障礙者所做的照護實況調查發現智能障礙者有什麼困難或煩惱時，其相談對象依序是（可複選）：

（一）父母、祖父母占62.9%。

（二）兄弟姊妹占30.5%。

（三）社會一般人（含志工）、學校老師占24.4%。

（四）專業機關人員占19.3%。

（五）醫護人員占17.9%。

（六）朋友、親戚占15.3%。

（七）福利機構人員、團體之家人員占13.7%。

（八）身心障礙者之團體占10.3%。

（九）智能障礙者諮商員、社會福利協會委員占7.1%。

（十）鄉鎮市區公所人員占 6.7%。

（十一）其他6.3%。

上述的智能障礙者是包括日間照顧機構的利用者。從調查結果如表10-1的情形來看，有困難、煩惱問題時，大都是

先找自己的家人，尤其是父母或祖父母最多。所以，父母或祖父母以及兄弟姊妹，碰到障礙的家人，應有耐心而給於適當的回答或指導是相當重要的。父母、祖父母、兄弟姊妹為何智能障礙的家人會找他（她）們相談，主要是這些家人不但是其在日常生活上扮演照護（介助）、援助的角色，而且也是有困難、有煩惱時最能信任信賴最能放心提出質問的對象。同時，智障者利用親戚、朋友社會上一般人（含志工）、學校老師、專業機關的人員等等之家庭以外者，也不少，這些人員也扮演著重要的相談角色。

二、須照護（介助）的肢體障礙者其主要的照顧人員

依上述三木教授的調查發現肢體障礙者其日常生活，尤其是入浴與飲食之幫忙情形，可從入浴的主要照護（介助）者來看即：

（一）家族：

1. 配偶者占28.8%。
2. 子女者占14.8%。
3. 其他家族者占6.7%。
4. 父母者占4.4%。

合計共有54.7%。

（二）親戚者占0.4%。

（三）在宅服務員者占2.1%。

（四）鄰居者占0.2%。

（五）機關機構雇用人員占2.1%。

（六）其他占5.5%。

從上述情形可知主要照護（介助）肢體障礙的家人如表10-2，從入浴的主要照顧者來看即，是以配偶最多，其次才

表10-1　社區生活的障礙者之商量（相談）對象（可重複回答）

商量對象	%
父母、祖父母	62.9
兄弟姊妹	30.5
社會一般人（含志工）、學校老師	24.4
專業機關（構）人員	19.3
醫護人員	17.9
朋友親戚	15.3
福利機構人員、團體之家人員	13.7
身心障礙者之團體	10.3
智能障礙者諮商員、社會福利協會委員	7.1
鄉鎮市區公所人員	6.7
其他	6.3

資料來源：三木任一的障害者福祉論（1997）P.186

表10-2　社區生活的障礙者之主要照（介）護者

主要照（介）護者	入浴		飲食	
配偶	28.8	54.7%	29.1	57.4%
子女	14.8		14.4	
其他家族	6.7		7.4	
父母	4.4		6.5	
親戚	0.4		0.2	
在宅服務員	2.1		0.0	
鄰居	0.2		0.2	
機關機構雇用人員	2.1		3.4	
其他	5.5		2.5	

資料來源：三木任一的障害者福祉論（1997）P.187

是子女，其他是在宅服務員及雇用的人員這兩項人員各占2.1%而已，從這樣情形來看，障礙者社區日間中心是有須要加強，不但要普及化，而且要專業化，提高服務品質之同時也要依障礙者的需要與其經濟能力，提供合理的費用與良好的服務品質，以吸引肢體障礙者之利用。除此之外，政府有關單位也應針對障礙者的經濟實況提供減免費用之補助。

若從飲食的主要照顧者來看即：

（一）家族：

1. 配偶者占29.1%。

2. 子女者占14.4%。

3. 其他家人者占7.4%。

4. 父母者占6.5%。

合計共有57.4%。

（二）親戚者占0.2%。

（三）在宅服務員者占0.0%。

（四）鄰居者占0.2%。

（五）機關機構雇用人員者占3.4%。

（六）其他占2.5%。

從上述情形來看與幫助入浴的主要照顧者很相似，都是家族為主要照顧者，尤其是配偶和子女，因與入浴同樣，怎去減輕家族照顧身心障礙者的壓力，最好方法就是普及社區日間照顧機構，因為這種福利能扮演福利機構長期照顧與日間障礙者照顧（介助）以及在宅照護服務等的角色，促進社區日間照顧功能多元化，並以合理的費用或對低收入者減免費用，吸引使用（利用）者使用，減輕家庭照顧者照顧的壓力及減輕障礙者家庭的經濟負擔。

第二節　身心障礙者福利機構的人員

近年來從事社會福利工作者急速地增加，其中從事社會福利機構人員者最多約占社會福利工作者的80%以上。而在此80%的社會福利機構工作的人員當中以從事保育機構工作者約占一半，各種老人福利機構約占四分之一，而從事身心障礙者領域的人員卻不到七分之一，可見從事身心障礙者福利的機構人員是在社會福利機構中所占的比例最少，這種情

形是值得我們去檢討。何況身心障礙者福利機構職種是包含事務員、營養師、調理師、駕駛司機等之間接性職種，及生活指導員、兒童社會工作師、個案工作者、照護（介助）人員、監護工（照護福利工作師）、保姆、工作治療師、職能判斷（定）員、物理治療師、工作指導員、語言治療師、心理治療師、心理判斷員、醫師、護士、保健員、障礙者體育指導員、義肢裝置師、步行訓練員等多元職種。

通常身心障礙者福利機構的人員是包含收容機構與日間照顧機構在內，但是不包括小規模的工作場所（小規模庇護工廠）及團體之家等。同時救護機構或特別（殊）養護老人之家等的其他福利法所規定的機構也除外，而無固定編制的社會福利中心機構的工作人員也不包含在內。障礙機構數量、收容人數以及員工人數最多的是智能障礙者的機構，最少的是精神（心理）障礙者機構，而精神（心理）障礙者的機構也是員工編制比率最低，兼任的員工比率最高的地方。

上述障礙兒（者）機構，不管是數量方面比其他障礙機構多而且在職稱人員方面其比率也比別的機構多。因為障礙兒（者）的員工，包括機構的主管外，都有專任及兼任的生活或兒童指導員、保母、職業工作指導員、物理治療師、工作治療師、語言治療師、心理與職能判斷員、醫師、保健士、護士、舍監、營養師、調理師、事務員、其他職員等等工作。

第三節　社會工作師與照顧福利師

因應高齡化社會的到來，必須制定「社會工作師、照護福利師法」不但是具有業務的獨佔，而且也是一種名稱獨佔的制度。是從福利分類的基本之國家考試資格制度出發，去

擔當扮演身心障礙者福利事業與重要的工作角色。

上述的社會工作師與照護（顧）福利師都有各不同的法律上定義與應修學科或應考資格以及其主要工作範圍等。

一、社會工作師

（一）法律上定義

我國社會工作師法所稱的社會工作師，系指依社會工作專業知識與技術，協助個人、家庭、團體、社區，促進、發展或恢復其社會功能，謀求其福利的專業工作者（第2條）。社會工作師其主管機關，在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。也就是考取社會工作師後必須向主管機關登記為「社會工作師」後才具有專業知識與技能，而從事肢體障礙者與智能障礙者等，日常生活有關問題或生活環境有關問題之諮詢、勸導與輔導等等之支助事業資格。即中華民國國民具社會工作師考試及格，並依社會工作師法領有社會工作師證書者，得充任社會工作師（第4條）。

（二）應考資格

1. **參加社會工作師考試資格：**其必須在大專院校修畢某些課程學分與實習學分，才能參加考試，例如我國具下列資格之一者得參加考試：

（1）國內公立或已立案之私立或經教育部承認之國外大專以上社會工作相關科、系（組）、所畢業者。

（2）國內公立或已立案之私立或經教育部承認之國外大學或獨立學院以上非社會工作相關學系畢業，並有國內社會工作實務經驗二年以上者。

（3）國內已設立十年以上之宗教大學或獨立學院之社會工作

相關科系畢業，並有國內社會工作實務經驗二年以上者（第5條）。

2. **檢覆：**具有下列資格之一者，前條考試得以檢覆行之。

（1）國內或經教育部承認之國外大專以上社會工作相關科、系（組）、所畢業，並有國內社會工作實務經驗五年以上者。

（2）在教育部承認之國外大學社會工作相關系、所畢業，取得學位及該國社會工作師或相當資格，且有國內社會工作實務經驗一年以上者。

（3）在國內外大專院校擔任專任社會工作課題教學之教師，且有國內社會工作實務經驗一年以上者（第6條）。

（三）主要執行之業務（工作範圍）

1. 行為、社會關係、婚姻、社會適應等問題之社會暨心理評估與處置。
2. 各相關社會福利法規所定之保護性服務。
3. 對個人、家庭、團體、社區之預防性支持性服務。
4. 社會福利服務資源之發掘、整合、運用、分配與轉介。
5. 社會福利機構或方案之設計、評估、管理、研究發展與教育訓練。
6. 人民社會福利權之維護。
7. 其他經中央主管機關或會同目的事業、主管機關認定之業務（第13條）。

（四）職稱

社會工作師依其職務而有下列職稱：

1. 肢體障礙者福利師。
2. 智能障礙者福利師。

3. 心理衛生諮商員。
4. 個案工作員。
5. 生活、兒童指導員。
6. 社會福利主辦人員。
7. 其他。

二、照護福利師

（一）法律上定義

係指具福利之專業知識與技能，而從事肢體障礙者與知能障礙者等日常生活有困難如：入浴、排泄、飲食以及其他之照護（介助）等工作，或對家庭照護（介助）者之照護有關的指導等之考試及格，向主管機關登記為「照護福利師」的工作者。

（二）照護福利師取得應考資格

1. 國內公立或已立案之私立或經教育主管機關（部）承認之大學或獨立學院社會福利相關科系（組）所畢業經專業人才培訓一年，並且有三年以上實務工作者，經照護福利師考試及格向主管機關登記者。
2. 國內公立或已立案之私立或經教育主管機關（部）承認之高中（職）畢業經專業人才培訓二年，並具有三年以上實務工作者，而經照護福利師考試及格向主管機關登記者。
3. 其他，如在指定之老人、療養機構實務經驗三年以上經照護福利師考試及格者、照護（介護）技能檢定及格者、保母培訓機構結業經照護福利師培訓一年以上者、社會工作師培訓機構結業經照護福利師培訓一年以上者等，而向主管機關登記取得照護福利師資格者。

（三）主要執行之業務

1. 肢體障礙者療養機構照護工作。
2. 重度障礙者自立更生日間照顧機構之照護工作。
3. 智能障礙者自立更生機構照護工作。
4. 身心障礙者團體之家照護工作。
5. 各種照護服務團體之照護工作。
6. 社會福利協會之工作人員工作。
7. 鄉鎮市區、縣市政府之照護工作人員工作。

（四）職稱

1. 在宅照護員。
2. 輔導照護人員。
3. 監護人員。
4. 照護（介護）人員。
5. 社會個案工作員（內政部社會司，1997）。

第四節 身心障礙者福利與其工作團隊（team work）

身心障礙者福利系指社會工作員等的福利工作者，即福利工作團隊（team work）是依障礙者本人或其家族的希望與選擇為基礎而給於必要之會談與援助的一種服務，而在此服務的過程中必須要很多的教育、醫療、職業等各領域之專業人員的協助。因此，社會福利的工作者，除了提供福利服務之同時必須發揮綜合性的服務網路。除因應障礙者所需要服務之組合外，還要考慮到障礙者福利的領域之社會個案工作、照顧管理等等運用，而展開必要之處遇，所以必須了解其事業職稱的相關內容，其主要的職稱如下：

一、物理治療師（Physical Therapist, PT）

以肢體障礙者為主要對象，給於回復基本動作能力之復健，因此必須運用體操性治療方法及電氣刺激、按摩、熱水或溫水治療等，這些治療方法都必須在專業醫師（治療師）的指導之下進行（物理治療師及工作治療師）。

二、工作（作業）治療師

工作治療師又稱「職業治療師」（Occupational Therapist, OT），主要是以肢體又是智能雙重障礙者為對象，回復其應用動作能力與社會適應能力，所以在物理治療師及職業治療師等的醫師指導之下，給於手工藝、工作，或其他作業的訓練。

三、語言治療師（Speech Therapist, ST）

主要是以語言障礙者為對象，診斷各種語言障礙的原因，而給予發音訓練、講話訓練等的治療醫師。

四、聽覺治療師（Audiologist Therapist, AT）

調查聽覺障礙原因，檢查殘存聽力，給於聽力回復訓練，指導助聽器使用方法等的治療工作者。

五、視覺訓練師（Orthopist ORT）

對於兩眼視覺機能有障礙者，給於矯正訓練以及檢查等等的醫師。

六、義肢裝置師（Prosthetist and Orthotist, PAO）

在醫師的指導之下，義肢裝置器具的裝置部位之採型

（製模型）及義肢器具之製造，以及義肢器具之裝置等等的技師。

七、臨床心理師（psychologist）

人類心理之評價（評估）測驗或判定，心理方面的輔導之醫師。

八、臨床工學技師（Engineer）

臨床工學技師目前在復健方面所著墨的雖然不多，但會隨著社區福利、社區照顧的發展，其角色會越來越重要。依據臨床工學技師法，即在醫師的指導之下，是負責裝置人工呼吸器、人工心臟或肺臟以及血液淨化器等，維持生命器具之管理與操作、維修與檢查等的業務者。（內政部社會司 1997）

以上，是陳述醫學上主要的復健領域之專業職稱，但是一般先進國家其公立（國立）身心障礙者復健中心，就有設立專門課程來培養這些技術人員，以因應越來越高度專業化的需求。

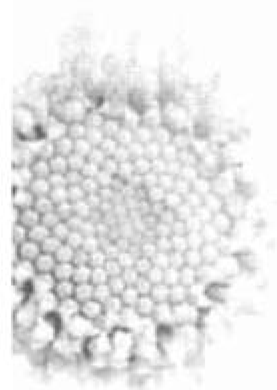
除上述的實況之外，身心障礙者的團隊成員，也包括了言語、思想傳達媒體的援助（支助）者，如翻譯者，中央設立手語翻譯技能審查委員會認定手語翻譯者的資格，有手語翻譯資格者才能從事身心障礙，尤其是聽覺障礙者的福利服務。進步的國家大都有設立「聽覺障礙者資訊文化中心」其內部手語翻譯的工作者都是經過手語翻譯技能審查通過者。除此之外，先進國家的各級地方政府以及民間福利團體均透過「身心障礙者開朗生活促進事業」，而利用手語、點字翻譯、摘要筆記課程等大量地培養手語翻譯人才服務障礙者。

其次是肢體障礙者諮商員、智能障礙者諮商員，對各種

障礙者福利熱心的機構和有見識的非營利民間志願服務團體，各級地方政府會委託這些機構團體辦理身心障礙者各種福利實務工作。這些民間非營利的福利團體，依諮商結果會因應與社會中日常生活有障礙者之需求，來協助身心障礙者福利行政的各種活動之推展。

一般來說，肢體障礙者的諮商員制度比較容易推行，但是智能障礙者的諮商員制度就不那麼容易建立與推展，主要原因是要對智能障礙者作諮商是困難重重，諮商的服務品質是不易提升，甚致於有不少地方政府還未建立智能障礙者之諮商員制度。不管怎樣，我們可以從比較容易推行的措施先做，如智能障礙者保健志願服務員之培訓，地方政府委託對民生問題或兒童有興趣而信用聲望較高的民間團體來推展整體而全面的社會福利、生活問題之諮商支援活動，扮演包括肢體與智能障礙之「身心障礙者福利」的重要角色。

除此之外，擔任身心障礙兒童教育之教員，尤其是擔當障礙者成功方向之出路指導者或障礙者職業諮商之障礙者職業諮商員等，也扮演了重要功能的角色。其他身心障礙者團體之人員或資訊提供以及提供諮商場所者，也都扮演重要的角色。同時身心障礙者自立生活中心等是擴展障礙者自己「自力更生」而活躍於各地的推手。而由此可知這些人力與資源之制度化與障礙者的權利擁護是非常需要也是非常重要的。







第11章

先進國家的身心障礙者福利動態與服務措施



第十一章　先進國家的身心障礙者福利動態與服務措施

1983～1992年之「聯合國身心障礙之10年」以後，最初有關身心障礙者問題的聯合國後援之國際會議才在1994年6月於愛爾蘭舉行，其主題是「超越正常化－追求一個為我們的社會」。主辦單位是愛爾蘭與美國的身心障礙所關的民間團體，協辦單位是聯合國、愛爾蘭政府、國際復健協會等。大會共分為7個全體會議及30個分科（類）會議，有100篇以上論文報告（發表）。會中致詞的有聯合國社會開發部部長、愛爾蘭總統與主管部會主管、各國的代表、身心障礙者福利實務主管、身心障礙者家族代表以及專家、學者等。參加國有55個國家700多人，其中愛爾蘭人占有一半以上，其他，北歐各國參加者也不少，但是中歐、東歐來的才26人，非洲各國來的有28人，亞洲、太平洋地區（包括日本的3人）有29人。

從上述的主題與參加者結構來看，就可瞭解1990年代後半時，此大會是了解國際身心障礙者福利動態最好的機會與地方。

第一節　世界行動計畫規劃與障礙者的正常化

一、從世界行動計劃到「基準規則」

會議最有生氣是瑞典國會所提出的「身心障礙者機會均等化有關的基準規則」之報告，其實所提出旳報告是依據1993年聯合國已通過採用的「規則」，受到聯合國的授意再在此大會作特別報告而已。其報告內容主要是「機會均等」是人人共同努力，而最終的責任就是各國的政府。此為世界各

國與國際有關團體中所讚成的「規則」，但它是不會自動去實現，必須靠各國的共同努力才能實現。事態的變化其主要的源泉（原動力）是人類，所以必須先使所有的人類都了解「規則」。例如預算嚴格控制，這雖是議會經過全體代表通過之規則，但進入預算審查時，不是預算不明確無法理解，就是強調經濟社會文化權利的重要，而處處挑毛病，致使不易通過身心障礙者福利有關的預算。許多國家，尤其專制獨裁或共產主義的國家，其國民的權利是相當弱，很多開發中或未開發的國家，連身心障礙兒童之醫療、教育的福利措施都沒有，有關的法律或團體也沒有，所以有必要與這些落伍國家作經驗交流。國際身心障礙者組織有關的團體已經開始積極地推動，南美有些國家也已經頒行相關的「規則」出來。期望將來各國都能夠實施上述的「規則」與確保相關預算，以利從行動計劃走向更具體的機會均等之基準規則（江亮演，2001）。

二、非超越正常化而是積極開始推展正常化

對發展國家來看已開始或已進入障礙者的生活正常化階段，雖然在大會中也顯示出來，但世界障礙者育成會的工作人員認為很多國家接受知識性教育的障礙兒童不超過2%，非洲很多障礙兒童未到教育年齡就死了，而南太平洋23個國家幾乎沒有身心障礙者福利法與制度，有障礙者的團體才有2個國家，為實施「規則」其前題條件才是課題，世界有85%盲人不但不會點字，也不會讀。福利機器是商品化，複雜又難使用之高價格器具，同時也很難買到，耳聾兒童幾乎沒有受教育。

第二節　舊社會主義國的問題與福利先進國的苦惱

一、社會主義國的問題

東歐的問題也不少，有不少國家連重度障礙兒童的教育都沒有，障礙者有工作者也不到10%，有些國家全國的障礙者使用的電動輪椅不到20台（輛），障礙者醫藥自己自付50%但仍然常常拿不到藥品，脊髓損傷入院因沒有醫療器材及復健而臥床8個月以上者到處可見，若有復健醫院也不過是以溫水療法屬於物理醫療的一部分而已，尚未發達。會有如此落差主要是復健技術太落伍，因此，聽到復健的名詞比聽到正常化的名詞多得很多。他們對西歐、北歐的援助雖然很感謝，但不希望障礙者離開家裡獨立，而是以支援整個國家為目的方法與政策，以尊重他們的文化，所以，常常婉拒支援其無基礎性醫療或教育的地方，這是其與先進國家或發展中國家不同之處。

二、福利先進國的苦惱

發展國家已超越「正常化」的目標而朝向更新的目標前進，但是也有不少問題，在英、美、瑞典等國家，也常在福利機構或社區有障礙者受到性虐待或暴力問題的報導。在英國是採規制援和政策，但要預防或調查是相當困難，1991年對智能障礙者性虐待問題組織民間團體。不但如此，除採規制緩和與民營化外，也增加不少勞工工會或社區低薪資的女性社會工作人員，來從事預防或遏止上述障礙者性虐待與暴力問題的產生。

芬蘭社區居民因反對智能障礙者的團體之家設置事件，而常常困擾著政府，還好有不少事件最高法院判社區居民敗

訴。愛爾蘭也有社區居民反對自閉症者的團體之家設立計畫；同時愛爾蘭正在處於表面性的統合與平行的社會性排斥（insidious social exclusion）時期。

瑞典依各地的調查，各級地方政府的障礙者福利服務大體還算滿意，使用者對服務內容或時間的管制或保障大都滿意。但是服務人員少，參加戶外活動者也不多。北歐各國也常把福利事業推行責任轉移到沒有預算的地方政府，雖然重視非正式自然性支援，但是對守護權利者來說卻有不少擔心（江亮演，2001）。

第三節　落實正常化及差別禁止與預算

一、落實正常化的努力

歐洲的智能障礙者雇用事業體（保障雇用等）的聯合團體工作人員提出，在國際上以後10～20年之間要創造出智能障礙者100萬人的就業機會之計畫，因此擬實現50%障礙者雇用率在公營事業上的制度。德國與奧國的憲法也把雇用率納入身心障礙者的權利，歐洲身心障礙者聯合會在1996年也在其新條約中明訂身心障礙者的權利。瑞典不但充實障礙者的職業教育，而且鼓勵企業接納身心障礙者就業及提高一般社會的理解，因此使須救助的智能障礙者的人數，從40年前的2～3%，減少到2000年時的0.4%。而新規的領受年金的智能障礙者也比20年前減少三分之一，輕度而不要年金服務者也大大減少。最近瑞典有二所美術學校，也開始對藝術家志願者或對美術等有趣味之智能障礙者為對象給於美術相關的教育。挪威在1994～97年的政府行動計畫中，擴大在宅服務之日常照顧或福利機構照護（介護）人員編制，並且導入有效管理。北歐五國已經取得丹麥等國家手語通用許可。愛爾蘭

在1993年是北歐第二個組織智能障礙者自身權利擁護團體的國家，荷蘭在1994年依障礙者當事人自身的企劃召開全國大會。

瑞典，過去25年間智能障礙者的生活環境（場所）是與非障礙者很相似，但是與自己多次可到街上買東西的社會參與者就有很大差距，從能力主義觀點要把他（她）當作居民來看，有必要加以轉變，這樣的基本認識各級議會全體議員是必須具備。應從關心的焦點由地點的統合去深化社區居民的人生觀，從統合而到集（合）體去確保社會角色的安定化、社會互動交流以及肯定自己的評價、非權威化、人生的強化（life enhancement）、生產性生活、有意義生活、有價值生活等的人生。使所有的人能挺胸參與對社會有貢獻的生活活動，但是要做到如此境界就必須以共同意識為前題，而表現「都是為大家的社會而努力」的意識出來。

全體國民應具有達成成果的信心，以規則做為武器，向著達成正常化的最終目標去努力前進，此為歐洲智能障礙者雇用事業體以及聯合國社會開發部的共同看法（認識）。

二、禁止差別待遇與當事者團體的公費補助以及利用者所需費用等預算

愛爾蘭國會雖沒大量採用如上述的差別禁止法或當年團體資金補助以及利用者費用預算等的做法，但從1980年以後，尤其在1990年代開始有活躍而新的舉動。

全球來看，首先1990年的美國障礙者法人（ADA）開始依法禁止差別待遇，而亞洲、太平洋地區、澳大利亞、紐西蘭、香港等地也有類似的法律成立，印度或中國也有明訂禁止障礙者的差別待遇。

在加拿大、荷蘭、瑞典等國，其各種障礙者團體或其聯

合機關機構者雇用正式職員10人以上（含障礙者、非障礙者），中央政府或地方政府就補助其必要費用，而展開非常活躍的身心障礙者運動。這些受補助的職員其工作包括：從事機關誌（刊物）的發行、開會協助、事業調查研究、政策建議、政府或服務團體等提供協調、電視節目的事業介紹、學校教學講師以及權利維護活動等等的事務。日本也有小規模工作所（小型庇護工廠）的補助，但日本並無補助障礙者有關的團體；同時其性格並不是「障礙者運動」而是「障礙者福利服務事業的委外或契約」。

補助或贊助運動的理由是各種各樣，如「若不補助或贊助即團體就去勸募會給國民有負面的影響，對追求社會參與的政策不利」，「當事者自身有啟發性作用之效果」，「當事者參加政策立法就能發揮功效」等等作為要求補助、贊助理由或說明，其中心的理由就是以使用者的側面（Side）力量來強化服務供應與財政等側面力而保持平衡，提供高品質有效的服務。政府是社會服務的控制者，但是不論要走「小政府」路線或是走「福利國家發展」路線，當事者（團體）之參與（政策方面或個別援助方面）是不能缺席，此為歷史之必然（江亮演，2001）。

在個別援助方面，保障當年障礙者參與或自己決定，並經過一定的需求評估，合乎資格即給付其本人或家庭必要之照護資金，但也有如荷蘭由其本人或家庭購買其需要的服務。怎去使用，怎運用這些資金較有效，有專業人員可諮詢提供建議。在美國自立生活運動是可以自由選擇所需要服務，而在東京等地派遣照護（介護）服務員事業中自己可以找照護（介護）者，其費用由政府支付（給），不但如此，包括團體之家或日間照顧機構的利用者等廣大範圍的福利服務都可自由選擇。

第四節　亞洲、太平洋1993～2002年的障礙者10年發展

1992年包括日本等亞太地區各國共同提案給「聯合國亞洲、太平洋」經濟社會委員會（SCAP）經總會，通過決議1993～2002年為「亞洲太平洋障礙者10年」發展計畫，促進「聯合國，障礙者10年」的更顯著的成果，亞洲、太平洋地區共同展開實現障礙者完全參與事業。此決定有12項具體行動目標，包括障礙者團體代表國內調整委員會的組織、法律修訂、資訊的收集以及普及啟發國民、公共建築物、交通工具的利用與保障、教育保障、職業訓練與雇用、溝通協調、障礙原因預防、復健服務的充實、福利器材的開發與利用、障礙者自助組織之促成、國際協力等等，並為評鑑考核其進步發展狀況設置二年為限的評審委員會。

聯合國總會1992年年會時，呼籲世界其他地區促進「障礙者10年」發展，而西亞地區（ESCWA）是最先響應，不但強調「障礙者的問題，而且還強調障礙者所關的整個社會問題」，結果就無須再提出第二個的「障礙者10年」計畫。世界的障礙者有60%是住在的亞洲、太平洋地區，而是否要積極展開此活動，國際上是相當關心。

1993年國際民間團體（NGO）為因應推動「障礙者10年」發展，在日本流球（沖繩）舉行國際會議，組織推動「障礙者10年」的國際民間團體（NGO），並以此團體為母體每年在各國舉行推行障礙者10年的運動，如1994年在菲律賓、1995年在印尼、1996年在紐西蘭、1997年在韓國、1998年在中國的香港舉行等等，而日本的復健協會也是其成員之一。這樣的障礙者10年之推動，急速地提高了亞洲、太平洋各國對障礙者福利的關心與重視。障礙者的福利措施或運動美國和北

歐是主要發展地，而把這些福利措施與運動推進到亞洲，是日本肢體障礙者團體聯盟、日本障礙者協議會、日本全國社會福利協議會、日本障礙者復健協會等活躍展開「障礙者10年」活動所促成，尤其是具有草根性，如精神障礙者的工作所（庇護工廠）與香港精神障礙者授產機構之交流，日本社區盲聾團體與菲律賓有關團體之交流，日本社區肢體障礙團體與中國相關團體之交流等之功勞（江亮演，2001）。

我們期待亞洲、太平洋各國，甚至於世界各國透過障礙者10年發展運動，相互學習相互援助促進世界的身心障礙者福利之發展。

第五節　先進國家的身心障礙者福利服務措施

一、英國主要的身心障礙者福利服務

（一）肢體障礙者福利服務

1. 重視肢體障礙者復健與療養服務，促進障礙者能在社區內獨立生活。
2. 協助肢體障礙者解決問題，包括職業、教育、社交以及娛樂休閒等問題。
3. 增設無障礙設施，規定新建築物、交通工具等等公共場所，應能讓障礙者方便出入。
4. 架設福利電話與電視，積極關照獨居障礙者或被照顧者的起居生活。
5. 積極推展社區照顧或在宅服務，提供照顧肢體障礙之照顧者喘息機會。
6. 其他，如身心障礙生活津貼、重度障礙津貼、肢障預防與矯治等。

（二）智能障礙者福利服務

1. 重視智障者謀生技能之教育與訓練，以及就業輔導工作。
2. 社區照顧或在宅服務，經由保健醫療與地方相關機構以及志願服務團體，提供社區福利服務，尤其是智障者日間照顧，以及智障者在宅服務。
3. 結合照顧、醫療、年金等保險以及社會福利，使智障者能在社區即家中生活。臥病者也可享受免費的照護（介護）服務；生病時即可享受免費的醫療服務（在宅醫護服務）；須生活費用者有年金可拿；須他人幫助家事時可享受免費的家事服務等。
4. 其他，如身心障礙生活津貼、重度障礙津貼等。

（三）精神病患福利服務

1. 增加社區精神科護理人員。
2. 增加日間照顧之醫院病床。
3. 增加地方福利機構與住家在醫院所保留之病床。
4. 增加社區日間照護（顧）中心病床。
5. 其他，如社會服務機構為精神病患在社區各類照顧單位提供預防與癒後服務，必要時亦可申請將病患強制送醫（江亮演，2004）。

二、美國主要的身心障礙者福利服務

（一）老年、遺屬及身心障礙年金保險（OASDI）

受雇者近97%參加此保險制度，以獲得老年、身心障礙或死亡時的本人或遺屬的生活保險。

（二）補充安全所得（SSI）

由聯邦政府主辦，救助對象為貧窮的老人及身心障礙

者。使用社會安全稅，針對社會保險中老人、障礙者在年金不足生活時給予補充其生活費用。

(三)健康保險（Medicare）

65歲以上老人及身心障礙者之OASDI被保險人就醫時可得到醫院保險給付(HI)及補助性醫療保險（SMI）。HI給付範圍包括住院服務、療養服務及住宅（在宅）保健服務等。

(四)職業重建、生活保障

對重度身心障礙者提供職業重建服務及生活補助、住宅與庇護、養護之服務。

(五)無障礙設施

規定公共場所或雇用一定人數以上之公司行號必須設置身心障礙者方便使用之無障礙環境設施。

(六)成人保護（Adult protection）

18歲以上屬於成人，美國對於老人或成人的身心障礙者之權利（權益）保障，甚為重視。各州法律規定經民眾報案，個案有危機之虞後72小時內，地方政府一定要處理，緊急個案24小時內要處理，若未處理者工作人員將會受處罰。若經判定個案危機程度高，而被拒進入屋內者，可向法院申請進入民宅之許可證明，以便接觸案主。被保護的成人以老人、身心障礙以及精神病患較多，服務內容包括協助管理財務、健康、生活事宜，政府也委託民間機構辦理監護工作（江亮演，2004）。

三、瑞典主要的身心障礙者福利服務

（一）措施與服務原則

1. 瑞典在決定殘障者福利的措施時，基於以下三個階段加以考慮。

（1）對於殘障者直接提供現金的給付與服務。

（2）整建能與健康大眾一起生活的社會環境。

（3）著眼於殘障的預防工作。

瑞典所實施的殘障者社會福利重點，著重於整建能使殘障者與一般健康者均能一起生活的社會環境。亦即是，對於殘障者所實施的基本政策，基於社會整合的想法，因此對於殘障問題的解決，儘可能避免單純的以殘障者為對象的立法以及特別對策，而以建設社會本身成為殘障者容易居住的環境，作為政策所欲達成的理想目標，基於此種理念展開立法，並付諸實施（林宏，1991）。

2. 瑞典殘障福利服務的基本原則，提示正常化的理念

此理念包含幾項重要要點：（1）正常的一日作息。（2）正常的一週復健課業。（3）正常的生命週期發展。（4）公平對待，沒有差別的待遇。（5）保持和異性之間的交往。（6）維持應有的經濟水準。（7）住宅環境能維持與一般社會大眾相當的居住水準。

瑞典所實施的殘障者援助，對於所有的生活設施，不分殘障類別與程度、年齡差異，均享有在共同場所從事共同活動的權益，並以社區的空間為舞台，在自然的接觸下，以達成相互的了解、尊重彼此特性。如此殘障福利以在宅福利與社區福利為基礎加以發展。特別是1960年以後的新市鎮計劃，將此構想加以落實。

（二）社區照顧

瑞典所建構的社區照顧方式，極具巧思，為針對受服務者的需求，在社區設有中央區（Centrum），將許多公共設施集中於此，而成為提供服務的中心點，高齡者與殘障者居住於一般的住宅或區域內所設置的機構。在中心區內設有提供二十四小時援助服務的家庭援助員，以隨時提供必要之服務。再者，有諮詢的必要時，由福利事務所（Social Service Center），隨時提供諮詢的服務。

瑞典在推展殘障者援助的過程中，積極的把正常化理念，具體加以落實。為達到此理想，對於殘障者的援助，在生活各種領域的相關立法當中，綜合的加以貫徹實施。因此瑞典沒有特別為殘障者採單獨的立法。亦即，將殘障有關的規定，分散於建築法、兒童福利法、教育法、勞動環境法等各項法案中，而於當中加入特別條款，當然採這種作法，也是考慮實際運作的便利性。但是，有鑒於精神病患者有單獨採取特別立法的必要，於1968年訂定精神病患者法律。

對於其他種類的殘障者方面，以在宅福利的提供為基礎，並提供社會住宅、殘障者用公寓以及服務之家等供殘障者使用，以使其能達成自立的生活為目標。特別是在建築法中規定，必須針對殘障者的行動能力與適應能力，對住宅加以設計與提供所需設備，並規定此項工作為地方政府應有的義務。再者，對於舊房舍的修繕，不論是個人住宅或社會住宅，均由公家支付所需的修繕費用。對於所謂的精神衰弱者，也提供大家庭用的社會住宅房舍，以團體之家的方式使其居住，此種措施並有增加的趨勢。另外，對於無法自立或無法獨立生活者，設有家庭扶助員提供二十四小時的服務。

殘障者所面臨生存困境中，較大的困難問題在於工作方面。因此為使殘障者能順利就業，由中央提供補助款，以推展環境改善及學習特別技術的援助等。另外，由就業服務的

行政人員、雇主與工會等，共同成立協會，以促進殘障者能順利的投入一般就業市場。在做法上，規定企業在雇用員工滿五十人以上時，必須雇用一定比率的殘障人數，實施至今成果已經逐漸顯現。

（三）經濟保障

另外在經濟保障的措施上，提供殘障年金、暫時殘障年金、殘障津貼、兒童照顧津貼等。這些措施進一步由內容來看，殘障年金以十六歲至六十五歲者為支給對象，以提供基本的經濟保障。當年齡滿六十五歲以上者，則改領一般老齡年金。暫時殘障者年金支給的方式和殘障年金規定相同，然而它的著眼點在於考慮導致殘障的原因，係短時間的性質，經過一段期間，有恢復健全的機會，基於此種考量，而於某一段適當期間支給。殘障津貼為除了前二項的年金之外，遇有另須獲得其他援助，以提供生活、工作、就學或基於其他殘障之因素，有必要接受經費援助時，所提供的加算。兒童照顧津貼為支給照顧十六歲以下殘障兒童的父母，支給金額約略等於殘障年金的全額。

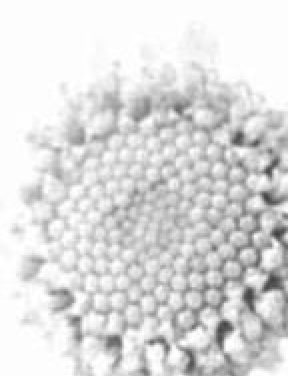
除此之外，瑞典並致力於輔助器材的開發，使殘障者能充分達成自立的生活。另外，在公共交通機關，公共住宅，車站等，所有殘障者可能進出使用之處，逐漸建立無障礙通行的空間環境。當中特別是電動椅子的開發及活動空間的規劃，在國際上頗負盛名。對於重度殘障者，備有計程車或專車，經費由政府提供補助。

瑞典殘障者福利的種種作為，值得我人注意之處，為在推展殘障福利時，很重視意見的溝通，多方聽取殘障者代表的意見。此為殘障者長年推展社會運動所爭取的結果，特別是為殘障者爭取福利的社運人員，由全國殘障者協會與全國

殘障者協會中央委員會加以統合之後，所發揮的效果特別顯著（一番，1987）。

四、法國主要的身心障礙者福利服務

（一）殘障者基本法的成立



二次戰後積極展開要求維護殘障者人格權的運動，此運動它的具體成果是實現殘障者基本法的制度。

1.政策

此法律在於統整法國不同法源的各種殘障者制度，使此項制度單純化。為達成此法案的政策目標，積極推展殘障預防、檢診、照護、教育、職業訓練與指導、就業、最低所得保障、社會政治、休閒、運動活動的參與等基本政策。如此經由相關法律的修正與給付體系的調整，對於殘障兒期望達成社會參與機會的平等，在宅服務的充實，對於殘障者家庭提供教育的援助，對於殘障者本人，協助其達成生活的自立，融入社會，獲得最低所得保障等。

2.基本法主要修正要點有：

（1）教育費由國家負擔，照護費用由疾病保險負擔。

（2）受領成人殘障者津貼的非勞動殘障者，加入一般的福利制度。

（3）提供障礙勞動者的最低所得保障。

（4）政策重點在於強化預防政策，而非殘障後的保障。

（5）設立單一的殘障認定機關使給付條件與工作輔導能合理化。

（6）創設專門收容重度殘障者的機構。

這些統整的努力，值得肯定，但可惜的是制度的繁雜化並未獲得改善的同時，另外又創造了繁多的施行細則，此為須繼續檢討之處。

（二）權責分擔

為落實殘障基本法，中央、縣市的社會救助及社會安全之間的關係有以下三項特質。

1.屬社會安全範疇

由基本的架構來看，為滿足殘障者各種需要所採取的保障措施，係放在社會安全的架構內，而非社會救助的範疇。用以避免使用社會救助的字眼，所可能帶來的偏見，在更具一般性的服務中加以保障。對於未蒙受社會安全照顧者，使其在此項措施中加入。其成果在疾病保險的範疇特別顯著。

2.著重教育

擴大殘兒的義務教育，對於殘障兒的教育採取免費的措施，以減輕扶養殘童家庭的過重負擔，在實質的措施上，採取不審查受領者家庭所得的做法。

3.提倡就業

對於就業的殘障者，提供最低的所得保障，和一般勞動者一樣的條件下接受保護。殘障者的工作因牽涉到生產效率等難以認定的問題，但至少在屬於勞動者基本權力的社會保險與最低薪資的架構內，有必要從事一定程度的努力，以維護殘障者的權益。

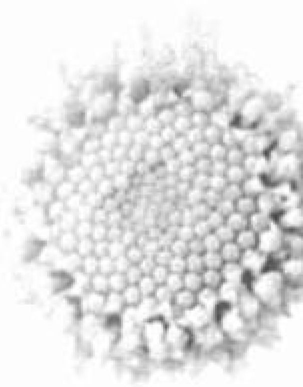
殘障基本法所規定的相關給付與服務的費用，由中央、縣市的社會救助，社會保障機關共同分擔。分擔的方式，中央分擔教育費用與工作相關的費用。社會安全機關所負擔的部份，即家庭津貼由國（金）庫負擔特殊教育津貼、成人殘障者津貼、住宅津貼，疾病保險方面除負擔通常的實物給付之外，尚支付殘障兒童、一般殘障者相關機構之費用，以及支付成人殘障者津貼受給者的醫療保險費（一般制度）。由縣市負擔社會救助的部份，即除上述中央負責的部分之外，其他剩下的項目由縣市負擔。但社會救助中以殘障救助名目所

提供的現金給付，只有補償津貼一項。

（三）認定與給付

1.殘障認定機關

在殘障基本法中，為使得給付條件與就業指導能達成合理化，創設單一殘障認定機關。在縣市的層級，有關殘障兒方面設立特殊教育委員會（CDES），一般殘障者方面設置就業指導職業斡旋技術委員會（COTOREP）。



特殊教育委員會對於未滿二十歲的殘障者，所從事審查與決定的內容，包括殘障程度的決定，殘障手冊的交付，特殊教育手冊受給資格的審查。適合殘障兒需要的學校、機關，機構服務的決定。

就業指導職業斡旋技術委員會設有二個部門，第一部門，在於審查勞動有關的事項，第二部門，在於審查津貼與機構設施。另外，進一步就審查的內容來看，第一部門包括就職的決定，殘障勞動者的認定，殘障者的優先雇用。第二部門包括殘障程度的決定與殘障手冊的交付，成人殘障者津貼受給資格的審查，是否採取殘障機構收容的決定。



此兩委員會的審查及決定過程在做法上，對於申請者，首先由殘障專家組成團隊，以診斷與測試殘障的程度，接著從事家庭狀況調查，再由事務部門作成書面資料。委員會根據此書面資料進行審查並加以決定。委員會成員所包含的份子相當複雜。而此兩委員會所具有的權限為就業指導與決定入居機構的措施服務。在採機構安置時，必須指出具體的機構名稱。

另外有關津貼或財政援助方面，由於申請者受給資格的有無須經過審查，因此，把所得調查與受給資格的確認，以及最終給付額的決定，由第二部門委由另外的委員會（有關

社會救助方面主要是委由社會救助認定委員會辦理）與社會安全機關（家庭津貼金庫）辦理，然後再將最後的決定，送回兩委員會。經此手續之後，才將最後的結果通知申請者。

2.殘障者手冊

殘障者手冊的發行屬於社會救助法的範疇，因此不限國籍，年齡、所得、不問停留法國期間的長短，對於恆常性的殘障者一概發給。此手冊僅做為殘障證明之用，並不能據此領取給付，但有此手冊，依殘障程度可享有一些特殊的優待。

申請手續在居住的縣市政府辦理，縣市政府將相關的申請書送給特殊教育委員會，就業指導職業斡旋技術委員會，以及社會救助認定委員會等相關的委員會，相關委員會根據這些申請書派遣醫生，對此申請者進行殘障程度調查，縣市政府依據調查結果而交付手冊。

（四）殘障兒童的機構與服務

1.教育相關機構

輕度的殘童方面，以教育部所屬的特殊教育機構，作為殘障兒童的機構之用。再者，近年來積極推展以個人或以集團為單位的統合教育，以使輕度殘障兒童適應學校的環境。

2.醫療教育機構

對中度的殘障兒童方面，在成長過程中需要不斷的從事醫療照顧，以使其進入由教育部門與醫療部門合併而成的醫療教育機構就讀。以使在此得以接受日常的照顧之外，同時進行一般教育與職業教育。年齡在六至十四歲者進入醫療教育機構，十四至二十歲者進入醫療職業機構，另外尚有辦理一貫教育之醫療教育機構。這些機構有完全住宿與半住宿制度（週末返家），幾乎沒有通學通勤制。這些機構的經費，由

中央支付教育費用而醫療與住宿費則由疾病保險項目負擔。再者，重度殘障兒，多重障礙兒方面，由醫院所附設的殘童部門加以收容，重度殘障兒童，可以延長至二十一歲，多重殘障兒童方面，則可延長至二十三歲。

在宅特殊教育照顧、服務之設置，在於提供基於年齡關係，患有併發症等問題，無法到機構居住的殘障兒，以及不願到機構者，由醫師與看護人員，以及特殊教育專家到住宅訪問，提供諮詢。此種機構在一般醫療教育機構與醫療心理教育中心、地區醫療教育中心合併設立。

另外有將殘障兒童委託給專門家庭照顧的措施，基於治療的觀點，使殘障兒童生活於健全的家庭環境，由醫療教育機構，於週末委託給理解殘障兒童的家庭來照顧的一種福利措施。

3.預防相關機構

預防相關機構在各地區開發，和區域精神醫療部門有很深的關連。在早期由醫療社會活動中心的專業醫師與護士，與相關的就學前教育機構取得連絡，對於未滿六歲的殘障兒童進行檢診與治療（含矯治）。

（五）殘障者機構

殘障者機構有醫療社會（福利）機構，社會（福利）機構，勞動相關機構等，型態相當複雜。

1.醫療社會機構

醫療社會（福利）機構和勞動不相結合，為專門收容需要經常性醫療照顧的重度殘障者。

2.社會機構

社會機構之意指殘障者居住的機構，其種類有宿舍（Foyers），集合住宅（Foyers-logements），治療公寓（精神病

患者），生活宿舍（Foyer de Vie）。另外尚有併設於勞動機構與醫療照顧部門等機構，型態不一。但是居住於此種居住型的機構者有百分之八十從事勞動工作（就業），同時幾乎全在勞動援助中心工作。

3.勞動相關機構

（1）職業再教育機構

職業再教育機構為依勞動法的規定，專門辦理職業訓練的部門，其種類有勞動適性中心，職業再教育中心，勞動能力再開發中心。而其經營的主體頗為多樣，分由公立，協會與企業所設置。

（2）保護勞動機構

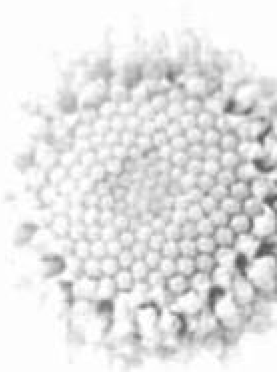
保護勞動機構分為依勞動法源所設置的保護工廠，與依據社會救助法所設置的勞動援助中心兩種。此兩種都是收容擁有三分之一勞動能力的殘障者，實際執行則由就業指導職業斡旋技術委員會負責。

4.規定雇用義務

法國的殘障者雇用制度，於1975年的殘障基本法中，形成基本架構，但由於雇用義務制度過分複雜，缺乏強制力，行政效率不彰，無法達成百分之十的雇用率（一番，1987、大野，1988）。因此，依據1987年7月10日的法律，採取效率性與現實性的考慮。要求雇用員工在二十人以上的企業，經三年緩衝期之後，應具有雇用殘障者達全體從業人員百分之六之義務。此義務不僅限於民間企業部門，同時也適用於公務部門，再者，雇主每年有提報雇用狀況的義務。但此義務可以透過繳費，和保護勞動機構訂定轉包契約的方式，或訂定殘障者雇用計劃等方式加以取代（一番，1987、出雲，1990）。

五、加拿大主要的身心障礙者福利服務

加拿大對於身心障礙者的福利與復健的保障，並沒有展開總合性的立法。聯邦政府所實施殘障者援助，僅涉及殘障的退伍軍人之復健，以州為主體的措施在勞動災害補償制度之下，所實施的一貫復健為典型的措施。加拿大的三級政府（聯邦、州、市區村里），相互決定立法與行政的分擔。另一方面，民間的社會福利，各依其服務內容與連帶關係，利用社會資源，建構全國、全州為單位的福利網絡。



（一）多元的殘障者界定

加拿大對於殘障者的定義，並沒有統一的界定方式，而是依制度的需要及其目的加以界定。其較典型的定義如下：

1.復健局的定義

所謂殘障之意，包含後天性或遺傳上的異常，導致身體，智能或神經的損傷等，使功能出現障礙或減退，而導致無法就業或欠缺持續工作能力，或從事社區的日常生活活動的能力深受限制者；同時包含長期間因使用藥物或酒精，以致妨礙就業與日常生活的活動者。

2.亞伯達州的定義

由亞伯達（Alberta）州勞動者災害補償法所做的定義指出，「永久完全的殘障為永久完全失明，兩手腳不全，單手單足欠損，脊椎損傷所導致的兩手腕麻痺，兩下肢麻痺，一隻手腕及一隻下肢麻痺，以及頭蓋骨損傷導致無法治療的智能低落，精神障礙等」。

（二）殘障相關的公共制度

1.復健服務

規範殘障者復健的法律與行政，主要有三項制度。退役

軍人局辦理受傷軍人的復健與福利。各州的勞動災害補償制度，辦理因勞動災害所導致殘障者的復健與相關援助。除此之外，州復健局基於職業復健法辦理一般市民的復職與福利的提供。

（1）退役軍人方面

退役軍人復健及年金與津貼的給付方面，首先因服兵役而導致傷殘者，聯邦法的退役軍人局法之規定（The Department Veter and Affair Act, 1944），除對於醫療，訓練，職業再訓練，就業斡旋等提供一貫復健服務之外，尚有免稅支給年金與津貼。年金支給時，是依據醫學檢查的結果發給，受給者如果有扶養義務時，另外加發扶養者加算。津貼則以收入認定為條件，支給所得不足者。

（2）遭受勞動災害者

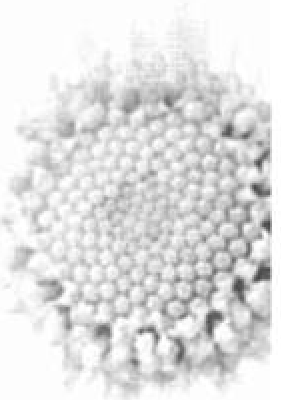
依勞動者災害補償法所實施的復健與相關服務，為加拿大先進工業州安大略州加以制度化的勞動災害保障制度，對於工作期間因疾病或意外而導致殘障者，除了免除稅負的提供經濟給付之外，醫療及復健所有過程的費用，由勞動災害補償提供補助。適用對象以受雇者為主，雇主除外。支給額方面，終身殘障者為平均收入的百分之七十五，但設有最低與最高限度額。

（3）一般障礙國民

對一般障礙國民以提供復健服務為主。當一般國民成為障礙者時，不問其發生的原因與發生的年齡，根據聯邦與州政府計劃的法律職業復健法（Vocation Rehabilitation Act, 1961），保障障礙者職業能力的開發與訓練。行政中心為聯邦的復健局，但實際推展則採州與聯邦共同計劃的方式，以州政府擁有主導權。

經由醫生的研判，若經由職業復健能使功能恢復再度復

職就業者，和障礙程度無關，可向州的復健局提出援護申請。經由與復健局職業更生諮詢員的面談，瞭解就業市場概況，如有意參與職業訓練的話，障礙者可接受雇用準備中心（The Employment Preparation Center）的援助。此中心一般為民營性質，提供以下的援助：①就業前評鑑、②作業適應訓練、③就業準備課程、④試用機會的提供、⑤職業評鑑、⑥職業更生諮詢等服務。



2.所得保障

除了職業復健與隨著復健所提供的更生醫療，補助器材，自助器材，教育服務，以及社會復健等相關服務之外，對障礙者不可或缺的措施為所得保障措施，使殘障者有固定的生活費來源，其重要性不言可諭。

（1）失業保障

失業保險為提供由於障礙，疾病以及傳染病等因素，遭致隔離處置，使其無法就業時，交給短期間的保障。以加入保險達一定期間以及取得醫生所開具的證明為條件，經過二週的觀察期間之後，最長可受給十五週，以支給薪資所得三分之二的額度為上限。此給付額仍須扣稅。

（2）年金制度

年齡在六十五歲以下曾繳交費用者，因重度或長期障礙者，可以領取加拿大年金之一環的障礙年金，此年金亦屬需要課稅項目。在接受申請之際，需要提出一定期間的繳費證明與醫師所開具的證明書。經四個月的觀察之後，依所得與繳費額決定支給額。

（3）補助所得保證

對於有經濟需求的障礙者，由州所提供的全年補助所得保證（Guaranteed Income Supplement，簡稱為GAINS）之制度，支給障礙者給付。如已領取其他制度所提供的給付時，

則採減額供給。

（4）私人保險

私人保險也包含成為障礙者時的所得補償與障礙者年金。現金以外的技術服務方面，由復健局洽請加拿大障礙者與障礙者協會之類的援助機關，以民間服務之方式，以高度的優良品質，供給有需要的障礙者，所需費用大多採給付方式支付。

（三）精神病患者服務

以全加拿大國民為對象，大規模實施精神病患者對策的民間機關為加拿大精神保健協會。（The Canada Mental Health Association，簡稱為CMHA）。該協會在加拿大全國各地設有一百九十個分會，有二百五十位專門人員與三千位志願工作者參與其事。精神保健協會的工作目標，在於期望將精神保健服務落實在社區層級，而於1980年組成精神保健服務委員會（The Mental Health Service Committee，簡稱為MHSC）。此協會透過調查，在社區創立精神病患者團體之家，使精神病患者仍如一般人一樣，在社區能獲得作為市民一員所應享有的權力，並協助精神病患者組織團體。此為精神保健服務委員會所推展的全社區運動，此運動首先從以下工作著手進行即：①首先運用資源，協助精神病患者建立團體之家，以及提出共同生活計劃案等，使精神病患者有生活據點。②對各社區的居民，展開精神衛生調查，使潛在病患及早發覺。③對精神病患者的活動，展開全國性的連繫，相互呼應。

1.精神病患的問題與對策

加拿大精神病患所面臨問題，可歸納為以下數項：

（1）資料未能統合

提供精神病患者援助的社會資源，未能有效的統合應用，相當分散。越是重度的患者，越是遭到社會的隔離，而有受遺棄的傾向。

（2）援助單位分立

現存的援助單位各自為政，缺乏彼此間的聯繫。

（3）未能融入社會

精神病患者被放置在醫院或社區生活狀況最差的場所，與社會大眾生活隔離。

（4）不受大眾接納

居於一般人所存在的社會防衛態度，他們的意見遭到排擠，及受到社會偏見貼上標籤，精神病患者的要求與人性價值受到忽視。

為解決這些問題，所採取的方法為社區照顧，而社區為能達到照顧的目標，積極的推展以下的工作：①把支援精神病患者服務的組織，當作社區活動的一部份。②對於自立籌措社會資源的社區，在人員與資金方面提供支援。並將照護的人員納入社會資源之中，以有效的加以運用。③展開社區居民再社會化的工作，經由宣導教育的過程，使社區居民在態度上有所改變，對精神病患者能夠加以接納。

要使精神病患者能成為社區的一員，融入社區生活，除硬體設備的建設深具重要性之外，當事者身邊能就近照顧人員的存在，亦扮演重要的角色。有鑑於此，針對精神病患者個人的需求，整合資源系統，以期能具體地維護精神病患者的權利。

2.專業人員角色吃重

精神衛生專業工作者在提供人力支援與促使社區接納方面，發揮重大成效，所扮演的角色包含以下項目：

（1）促使精神病患者融入社會。

（2）介入家庭、工作場所、社區之中，使精神障礙者在收入，休閒，人際關係均能達到最大程度的滿足。

（3）協助取得所必須利用的社會資源。並追蹤考察精神病患者的後續發展，爭取福利的支援。

而為使社區能接納精神障礙者，所採取的措施有以下四項：（1）資訊的提供，利用大眾傳播從事宣導，從事社會教育。（2）調查，研究與將事實向社會大眾說明。（3）使精神病患者本身參與社會生活計劃。（4）市民權，人權相關法律的制定等。

加拿大精神保健服務委員會自1981年以來，編寫支援組織架構的手冊，對於社會福利運動的實踐提出指導方針，目前加拿大各州均成功地組成援助網絡其功不可沒。

3.援助活動

精神保健服務委員會有鑒於許多精神病患者，從精神病院出院之後，流浪街頭，成為無家可歸者，為防止這類人士的增加，致力於社區照顧團隊的組成。此照顧團隊由照護人員，社會工作員，心理治療師，作業治療師等十餘人所組成，在一個約擁有四百名慢性患者（當中的百分之八十為精神分裂症）的地區，組成一個照護人員團隊，同時也在各州利用社會資源，設立共同住宅。

共同住宅的設立方式，地點上設於一般的市區，和一般的住宅與公寓無異，一個住宅所能容納居住人數三～四人，例外的情況也有十數人為單位的規模，採取使精神病患康復者與正在療養者共同居住的措施，並將此共同住宅融入一般社區之中，使它不顯現出突兀之處。藉此使社區人士能以正常心看待，令人不會有收容機構的異樣感覺，以使精神病患康復者能過著正常的社會生活。而依照所收容居住者病狀的性質，這些機構又分為（1）編制有護士看護的類型（2）一

人居住公寓（3）夜間的精神科急救專用型（4）一般宿舍型等各種型態。設置者有州政府直接經營，有由法人所設立，以及精神保健服務委員會的分支機構等，型態繁多。由於有這些收容據點，才能夠取代親人照顧，接受社會的監督，使精神病患者與家屬的權益獲得保障（一番，1987、小島蓉子，1991）。

六、日本主要的身心障礙者福利服務

（一）障礙者福利的開展

二次大戰後，障礙福利基於憲法廿五條所規定的生存權與生活權，而積極地推展障礙者福利的工作。至於有關日本肢體障礙者福利，對於十八歲以上障礙者之最主要的法律，為1949年所制定的「肢體障礙者福利法」。接著為因應智障者的需求，於1960年制訂「精神薄弱者福利法」。1970年制訂「身心障礙者對策基本法」，1987年通過「精神保健法」，而積極地推展障礙福利（一番，1987，手塚植樹，1990）。

身心障礙者對策基本法第一條，說明了此項法律的立法要旨。此項法律規定，實施身心障礙者對策為國家、地方公共團體的職責，對於預防身心障礙發生的有關措施以及醫療、訓練、保護、教育、就業的促進、年金的支給等有關身心障礙者福利的事項，必須加以訂定，進而綜合的推展身心障礙者對策。

此法律在立法上的最大特徵，在於明定中央與地方政府，需負全盤責任，綜合性的推展各種障礙者福利措施。

（二）障礙者福利體系

日本障礙者福利服務的內容，極其多歧。由於障礙的種類與程度頗為複雜，所需要的福利需求也呈現多元性。例

如，障礙者的種類，基本上可分為，肢體殘障者，精神薄弱（智障）者，精神病患者，就以身體殘障者來說，又可再細分為肢體殘障者，視覺障礙者，聽覺障礙，內臟障礙者，而相對的其福利需求也呈現各異。因此，日本的障礙者福利在對應這些情況，所提供的福利服務種類也呈現多樣性（庄司洋子，1993）。以下以身心障礙者福利服務為例加以介紹。

1.家政服務

具體施策方面，①以介護（照護）與家事援助為主的肢體殘障者在宅介護等事業，②全身性殘障者介護人員派遣事業，領取重症身心障礙者津貼的狹義介護服務，③障礙者短期入所（機構）事業，在宅殘障者日間服務的通所（通勤）介護服務，④障礙者療護機構，精神薄弱者援護機構，身心障礙兒、身心障礙者機構的收容型居住服務，以及團體之家所提供的區域居住服務，⑤重度障礙者入浴服務與部分照顧之集中服務，⑥減輕介護負擔，包含對於肢體障礙者，視覺、聽覺障礙者，所提供各種日常生活用具之給付、借貸服務等。

2.社會參與服務

促進殘障者參與社會活動，以增進人際關係的機會，此為障礙者福利領域當中，最受重視的部分，而其種類亦有許多種。障礙者由於受限於身體、精神方面的功能，導致和他人的人際溝通也受到限制，要參與一般的社會活動，往往力有未逮，因此提供各種福利服務有其必要。此種服務內涵，可歸納為以下五點：

（1）協助溝通

為擴大溝通的服務，其具體內容，諸如點字、點譯、朗讀、手語服務員的培訓、派遣事業以及提供視聽覺障礙者資

訊設施之類。

（2）無礙空間

對於容易受到生活行動限制的障礙者，提供擴大生活圈活動能力的措施。因此，首先講求移動介助服務的充實。其次，為使障礙者能獨立而且安全的移動，對於可能使用的生活環境設備，創造無障礙空間的環境。對於生活環境改善未完成之前，先提供特別交通服務加以彌補。

（3）生業訓練

生活訓練服務的供給，為期障礙者經由自己本身的努力，以促進日常生活圈的擴大與社會參與，提供日常生活獨立行動與經濟的自立為首的生活訓練服務。展開盲婦家庭生活訓練事業，後天失明者緊急生活訓練事業，聾啞者星期日教室，肢體殘障者生活行動訓練事業等措施。

（4）達成自立

以「自力更生」為目標的福利服務，為促使後天性障礙者回歸社會與生活的自立，對於肢體殘障者實施整體生活所必要的知識學習與技能訓練，盲人、聾啞者，內臟障礙者的更生機構服務，重度肢體殘障者更生援護機構服務等，為典型的代表。

（5）生活情趣

謀求促進文化、娛樂、運動的服務。此對於障礙者來說，這些活動的機會容易受限，故此為障礙者福利服務的重要措施之一。

3.社會工作的服務

為使障礙者有效的、圓融的利用障礙者的服務資源，社會工作服務極為重要。此種服務活動有，福祉事務所、復健中心、肢體障礙者更生諮詢所、精神薄弱者更生諮詢所等各種諮詢、安養、資訊提供、社會關係調整以及送達服務與民

間各種諮詢員的諮詢服務，當事者自我服務團體的組成，以及實現無障礙福祉街道運動的援助等。

4.替代性的服務

由於福利服務基本設施的不足，而出現一些替代措施。如肢體殘障者福祉工場（庇護工廠）等，替代就業保護的就職保障功能；療護機構與更生援護機構一部分的福祉之家等，也扮演著替代所得保障不完備與介護保障功能的不足；交通特別服務等，也替代生活環境設施的不完善。

（三）機構福利對策

為使障礙者獲得良好的復健與治療，必須依障礙的性質，由專門機構提供各種服務，因此，設有各類更生機構，以服務障礙者之所需。

1.更生機構

（1）肢體殘障者更生機構

無論障礙程度如何，主要以具有相當程度恢復作業能力者為對象，收容肢體殘障者或到機構通勤，提供更生所必要的治療以及訓練其進入機構，期間為二～五年。

（2）視覺障礙者更生機構

收容盲胞或到機構通勤，提供按摩、針灸等更生所必要的知識、技能或從事訓練。

（3）聾啞者更生機構

收容聾啞者或到機構通勤，提供更生所必要的治療以及訓練。

（4）內臟障礙者更生機構

收容患有心臟、腎臟疾病或呼吸器官功能有障礙者或到機構通勤，以醫學的管理為基礎，提供更生所必要的指導以及訓練。

（5）重度肢體殘障者更生援護機構

收容須要長時介護的肢體殘障者，提供治療以及養護。

2.生活機構

障礙者如因生理功能的障礙，無法在一般生活環境中生活時，就必須提供障礙者生活的處所。

（1）障礙者療護機構

收容身心嚴重障礙者，需要隨時介護，而無法在家庭中進行，使其住進機構在醫學的管理下，提供必要保護的機構。

（2）障礙者福利機構

由於身心障礙，日常無法在家庭中過正常生活者，使其自立生活的機構。

3.作業機構

在就業機會的提供方面，原則上使障礙者能就業和常人一樣的工作，但依據障礙程度的不同，無法在一般就業市場上展開競爭時，就必須另外開闢就業的機會，這些措施有：

（1）身心障礙者授產機構

收容無法接受雇用或生活困窮的身心障礙者，或到機構通勤，提供必要的訓練以及給與職業，使其能夠自立生活的機構。

（2）重度身心障礙者授產機構

對於因身心的重度障礙，雖具有某種程度的作業能力，但若無設置特別的設備與職員就無法就業者加以收容，在機構內使其能獨自生活為目的的機構。

（3）身心障礙者通勤授產機構

收容就業有困難的身心障礙者，經由通勤提供必要的訓練以及給予職業，使其能夠自立生活。

（4）身心障礙者福利工場

雖有作業能力，但由於職場設備、結構、通勤時的交通因素，使得受一般企業雇用有困難的重度身心障礙者，提供職場，並從事生活指導與健康管理，使其過著健全的社會生活。

4.區域機構

（1）身心障礙者福利中心（甲型）

提供因應身心障礙者各種諮詢，以及健康的增進，教養的提高，運動、休閒等保健、休養的機構。

（2）身心障礙者福利中心（乙型）

對於無外出與就業機會的在宅重度障礙者，使其到機構通勤，以提供創作活動，簡易作業，日常生活訓練等的機構。

（3）在宅身心障礙者日間照顧（day care）服務機構

對於身心障礙等障礙者辦理創作活動為重點的日間照顧服務機構。

（4）身心障礙者更生中心

提供身心障礙者，更生謀生地方是家族以及志願工作者方便住宿、休養的機構。

（5）點字圖書館

以免費或低費，提供盲人點字刊物的閱覽服務之機構。

（6）點字出版機構

出版點字刊物的機構。

（7）聽覺障礙者資訊提供機構

對於聽覺障礙者辦理字幕（手語）錄影帶製作與租借的機構。

（8）補助器材製作機構

以免費或低費，從事補助器材（輔具）的製造與修理。

（9）盲人之家

為促使從事按摩、針灸等盲人方便就業，使其利用機構與提供寄宿指導的機構（田端光美，1989；日本厚生省1994）

第六節　我國身心障礙者的福利服務措施

本章是陳述我國目前所推行或將推行的身心障礙者福利服務措施，主要內容是：

一、視覺障礙者福利服務

（一）醫療服務

1. 醫療介入：對視力持續惡化者給予檢查、治療及控制病情。其他如因糖尿病、腦瘤等造成弱視、視力惡化或身體病變者亦應有效給於防止或治療。
2. 健康保險及保費補助：對少數未參加全民健保或因無業、未領取身心障礙手冊等，而無法獲得健保費補助者，須社工員或其他有關人員予以協助。
3. 醫療費用補助：除全民健保自付保費或醫療費補助外，可視障礙者眼睛或身體之病情需要，政府或民間相關機構給予特別醫療補助（內政部社會司，1997）。

（二）就學服務

1.學前階段：

（1）啟明學校如：台北市立啟明學校、台中啟明學校、台中縣私立惠明學校等之幼（兒）童部。其優點是可接受專業指導，其缺點是不符合融合之特殊教育措施。

（2）普通幼稚園即障礙兒童與一般幼童一起生活，其優點是回歸主流，合乎融合特殊教育理念，其缺點是一般幼稚園是缺乏特教師資。

2.義務教育階段：

（1）啟明學校：小學部、國中部。其優缺點與前述相同。

（2）國民中小學：①普通班：與一般學生混合就讀，其優點是合乎融合教育理念，其缺點是視障教育專業度不足，補救之道即地方政府主管機關派遣巡迴輔導員輔導，如點字教學等。②啟明班：在一般學校內附設啟明班，由特殊教育老師指導，其優點是可與一般生在校園生活符合融合教育與專業特殊教育之理念，缺點是會有標籤被歧視情形。

（3）資源班：大部分時間與一般生一起上課，部分時間即在資源班由資源老師做個別輔導指導，其優點是可達到融合教育目標及解決個別問題，其缺點是資源班的設備及教師不是不足，就是各校參差不齊。

3.高中（職）階段：

（1）申請啟明學校就讀、其優點較專業化教育，缺點是較缺融合教育理念。

（2）參加各地方政府所舉辦的視障學生升高中（職）甄試分發就讀普通高中（職）學校，並接受巡迴輔導老師之輔導，其優點較合乎融合教育，其缺點專業教育較缺。

（3）參加一般公私立高中（職）學校聯招。其優點較合乎融合教育理念，其缺點是專業特殊教育缺乏。

4.大專院校階段：

（1）視覺聽障腦性痲痺學生升學大專院校甄試，其優點可利用大專院校資源以及與一般學生融合一起，其缺點較缺乏特殊教育師資與設備（雖有資源教室仍不完備）以及舊建築物缺無障礙環境。

（2）參加大學（含學院）聯招：視覺障礙考生可延長考試時間等等的優點。其優缺點與上述大專院校甄試相同。

（3）參加大學（含院校）之推薦甄試或申請入學，其優缺點與上述大專院校甄試相同。

5.社會教育

（1）進修服務：除正規教育之外，可參加推廣教育、社教機構所舉辦之短期訓練班、研習活動以及可透過隔空教育之廣播電視、電腦網路之教育方式提供障礙者受社會教育機會。

（2）就學服務：提供點字圖書、電腦程式代替點字、有聲圖書或光碟等等（教育部，2004，黃志成、王麗美編著，2000）。

（三）就養服務

1. 生活費用補助：視其經濟狀況給予必要之生活費用補助。
2. 在宅服務：居家生活有不方便之視障者，派遣在宅服務員，幫助其處理家事等工作。
3. 托育照顧：不論是臨時或短期有事，均可日間托老托兒或居家托老、托兒服務。
4. 教養收容：原則上以居住在自己社區或家裡為主，但有特殊原因非收容不可者，即可暫時或永久收容於教養機構（內政部社會司，1997）。

（四）就業服務

1. 就業：各直轄市或縣市相關單位成立就業服務中心為障礙者就業服務。
2. 職業訓練：依障礙者的能力與興趣分別給予按摩、音樂如樂器演奏、鋼琴調音、電腦、師資培育、手工、公務人員（障礙者特考）、木工、推銷人員、點字書籍製作、心理輔導人員等等之訓練，以便其謀職就業（勞委會，1998）。

（五）無障礙的生活環境

1. **定向（orientation）與行動（mobility）訓練：**學校、公私立社會福利單位可為視覺障礙者做定向與行動訓練，擴展其生活空間，增加個人行動自由，達成獨立生活的目標。
2. **協助視障者行動其方法包括：**（1）明眼人響導法，（2）杖行（手杖）法，（3）導盲犬法，（4）感音（會發出聲音）法，（5）導盲磚法，（6）導盲扶手法，（7）語音設備法，（8）觸摸地圖法，（9）身心障礙者專用標記法，（10）按鈕點字標示法，（11）止滑條法，（12）大字標示板法，（13）點字告示牌法，（14）博愛座法，（15）博愛公車（含計程車）法（黃志成等，2000、何華國，1998）。
3. **協助視障者生活其用具：**（1）社會福利電話（特殊撥號板），（2）視障用的尺、手錶、匙、算盤、體重計、語音溫度計…等，（3）弱視者使用之閱讀放大機、放大鏡、望遠鏡，（4）有聲計算機或時鐘、語音字典，（5）點字筆、點字板、點字機，（6）收音機、錄音機，（7）視障者專用電腦、點字列表機，（8）立體模型、立體地球儀、立體地圖、立體影印機，（9）定向行動訓練器，（10）浴缸用水位警告器、水高測知器，（11）測障礙物導盲器（杞昭安，民1999、黃志成等，2000）。
4. **休閒娛樂運動設施的無障礙環境：**

（1）視障者專用的象棋、乒乓球、籃球、排球等。

（2）視障者兒童玩具。

（3）視障者的健身房、瑜伽場地、柔道場地等。

（4）視障者專用電腦（電動玩具）。

（5）解說服務（Beechel，1975，周震歐、黃志成，1989）。

5. **其他：**視障者文件郵資優待，搭乘陸、海、空交通工具優

待及美術館、動物園、博物館…等公共場所入門票優待以及無障礙環境。

二、聽覺障礙者的福利服務

（一）醫療服務

1. 早期療育：早期發現早期治療或教育與訓練即可減低障礙程度或痊癒。
2. 醫療補助：聽覺障礙者的開刀、復健以及其他醫療費用，應視其經濟能力，給予必要之醫療費用補助。
3. 語言治療：改善溝通能力，給予必要之語言治療，提昇語言表達能力。
4. 配戴助聽器：加強刺激內耳感音器之殘存毛細胞可配戴助聽器，以改善聽覺能力（內政部社會司，1998）。
5. 電子耳蝸植入術：藉植入內耳之電子耳蝸直接刺激蝸牛，再沿著聽覺神經傳至大腦，以改善其聽力（Haring & Mecormick，1990）。

（二）就學服務

1. 學前教育：（1）特殊班：特殊教育學校或一般國小國中學校附設幼兒部特殊班，學術機構附設聽覺障礙幼兒實驗班，來為聽障生接受學前教育。其優點是專業性之特殊教育較強，缺點是融合教育性理念較弱。（2）融（混）合教育：聽障生與一般幼稚園生一起接受教育。其優點是較合乎融合教育理念，缺點是專業性特殊教育較弱。
2. 義務教育：除特殊教育學校外，國中、國小階段其義務教育分為：（1）普通班：與一般學生一起上課，其優點較合乎融合教育理念，其缺點專業性特殊教育較弱。（2）特殊班：即在一般學校內設置專為聽障生上課之特殊班，其優

點專業性特殊教育較強，其缺點是較不合乎融合教育理念容易有標籤被孤立的現象。（3）資源班：在一般學校設置資源班，其優點較合乎融合教育理念又能依個別需要而給於必要之特殊教育輔導，但其缺點是師資及設備各校參差不齊。（4）特殊學校：其優點是接受特殊教育良好，其缺點不合乎融合教育理念（教育部，1991，黃志成，王麗美編著，2000）。

3. 高中（職）階段：

高中（職）、五專：與一般學生一樣一起上課，其優點除合乎融合教育理念外，高中可獲一般高中學識，高職、五專可獲謀生的職業教育與技能訓練；其缺點高中（職）、五專均缺乏特殊教育學校的教育基礎。

4. 大專院校階段：

可透過保送甄試，推薦甄試或直接參加大專院校聯考等多元化升學管道，達成升學意願。其優點在校期間可獲得特殊教育人員之輔導以及資源教室的個別特殊教育外，學雜費可依障礙程度減免，並且加強電腦輔導教學，加強學生課業的輔導等。其缺點老舊校舍無障礙環境之設施，學校的資源都是為一般學生，少有聽障生的教育資源。

5. 課業輔導：

學校老師或志願服務團對聽覺生有特別「課業輔導」服務。

（三）就養服務：

1. 生活費用補助：

依聽障者經濟能力，發給生活津貼等以維護聽障者的基本生活所需。

2. 在宅服務：

由於聽覺與語言方面的問題，有需要在宅服務員的服務，如家事幫忙、就醫協助，幫忙照顧嬰幼兒等。

3. 心理諮商：

會手語的心理諮商人員（師）協助有問題的個人、家庭或其子女等作心理輔導，解決心理困擾，發揮潛能。

4. 嬰幼兒托育：

有托育需求者可由保母、保育人員幫忙，同時動手作語言輔導（內政部社會司，2004，黃志成、王麗美編著，2000）。

（四）就業服務

1. 職業諮商與職能評估：

先做好職業諮商，再透過職能評估，使聽障者了解如何作職業生涯發展。

2. 職業訓練：

充實該職業必備之專業知識與技能，其訓練時程分為職前與在職（充電）訓練。我國各公私立職業訓練機構對聽障者所做的職訓種類有：中文電腦、資源回收處理、服裝設計製作、電腦服裝設計、刻印、縫紉、皮鞋製作、鐘錶修理、美容美髮、電腦成衣打版及馬克排版、電腦程式設計、電腦機械製圖、電腦資料庫調訓（DBASE）、電腦輔助設備訓練等。

3. 就業輔導：

提供就業訊息及職業推介，使聽障者能適才適所，找到適合的工作。

4. 協助處理就業糾紛：

聽障者遇到職場糾紛或困擾問題時可以傳真或親自前來申請協助，要求協調或申訴。

5. 工作環境設計：

配合聽障者工作的需要，設置各種明顯的安全或操作指示等標誌或說明來彌補其先天聽能的缺陷（張明輝，1988）。

（五）無障礙生活環境

1. 提供輔助器具：

提供助聽器、傳真機等輔具增加其與他人溝通或交流功能。

2. 社會福利電話：

提供特殊電話，如增音、閃鈴、振響等電話，增加其生活方便。

3. 電傳視訊服務（Videotex service）

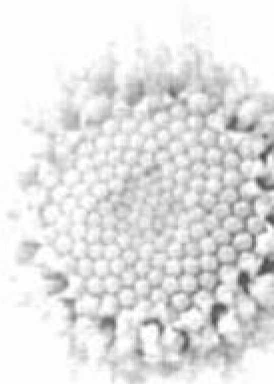
結合電腦、通訊和資料庫三方面領域的傳播媒體聽障者便捷的資訊服務。

4. 其他如：提供手語翻譯員、電視節目顯示字幕、公車電子布告牌、提供適合聽障者娛樂性活動及設備、公共場所標示牌以及電訊轉接等服務（內政部社會司，2000年，黃志成、王麗美編著，2000）。

三、聲音或語言機能障礙者的福利服務

（一）醫療服務

1. 醫療費用及健康保險自付保費補助。
2. 語言治療：（1）構音異常的矯治，（2）聽力障礙的治療與矯正，（3）語言異常（口吃）的矯治包含心理治療及行為治療，（4）語言發展遲緩的補救（加強語言刺激），（5）失語症的矯治等。
3. 其他：如鑑定工作的強化（衛生署，2004）等。



（二）就學服務

1. 早期療育：早期發現早期治療、教育與訓練。
2. 語言障礙學生之特殊教育，除特殊教育學校外分為：（1）資源班：與一般生一起上課，一天只有1－2節時間至資源教室作個別語言輔導。優點合乎融合教育理念，亦可獲得個別輔導，其缺點是資源教室師資與設備不如特殊教育班或特殊學校的專業教育。（2）融（混）合教育：障礙學生與一般學生一起上課，其優點合乎融合教育理念；其缺點老師須具備語言輔導等的專業知能（教育部，2004）。
3. 心理及行為治療：語言障礙有須作心理及行為治療，以提升語言治療效果。
4. 定期評量及實施個別化教學方案（lndividual Education program, IEP）：無論如何每學期末須重新評量，檢討得失，以了解個別教學的進步情形，以便修改個別化教學方案。
5. 其他如：提供上下學交通服務、學業輔導、語言學習機（language master）等之服務（教育部2004，內政部，1997）。

（三）就養服務

1. 經濟輔助：生活補助、生活津貼、減免所得稅或機汽車牌照稅。
2. 在宅服務：協助做家事、就醫…等服務。
3. 托育服務：可分為全托與臨托二種，照顧障礙者或協助障礙者照顧小孩。
4. 輔具提供：免費或半價提供障礙者生活上需要之輔具如：傳真機、溝通板、語言學習機、微電腦語言溝通板等（內政部社會司，2004）。

（四）就業服務

1. 技藝訓練：障礙者可依需要而接受刻印、電腦排板、成衣製作、食品烘焙…等的職業訓練。
2. 就業適應訓練：如障礙者本身的調適、工作職場之安全或舒適工作環境以及就業輔導機構的盡職等訓練與追蹤輔導等。
3. 就業輔導：推介障礙者至合適的就業場所（勞委會，1998）。

（五）無障礙的生活環境

1. 提供手語翻譯服務。
2. 研發電腦語音中文字幕翻譯機。
3. 公共運輸交通工具加裝到站各電子顯示字幕。
4. 公共場所設置傳真機與無障礙環境。
5. 標誌如：提供廁所、服務台、前進或逃生等之標誌服務。
6. 大眾傳播媒體宣傳服務（內政部社會司，1997）。

四、肢體障礙者的福利服務

（一）就醫服務

1. 醫療及健康保險費用的補助：依障礙者的經濟能力給予必要的醫療及健康保險的保險等費用之補助。
2. 物理治療：包括光療（雷射）、水療、電療（超音波）、按摩治療、運動治療等的物理治療服務。
3. 其他如：提供醫療保健諮商服務，增加輔具申請種類、發展異體移殖四肢手術等（衛生署，2004）。

（二）就學服務

1. 改善校園無障礙的學習環境。

2. 改善學校無障礙的軟硬體設備。
3. 培訓專業師資及輔導人員。
4. 改善課程設計。
5. 安排適當教育。
6. 教育機會均等（教育部，1991）。

（三）就養服務

1. 生活補助，依障礙者經濟情形給予必要之生活補助。
2. 減免租稅之優待：除所得稅特別扣除額外，其他租稅可酌於減免。
3. 在宅服務：協助障礙者日常生活起居如：協助處理家事、陪同就醫…等的服務。
4. 其他如：臨時托育服務、研發生活輔具等（內政部社會司，2004）。

（四）就業服務

1. 自強創業貸款：對於有親自經營能力並有創業意願之肢體障礙者提供創業貸款，使其發揮潛能。
2. 改善工作環境：雇主調整職務內容或調整機器設備（軟硬體設備）以配合障礙者工作需要，提高障礙者工作機會與工作成效。
3. 職能評估制度：建立一套完整的職能評估制度，以便在輔導就業過程中確實瞭解障礙者的能力、人格、興趣等特質，以幫助其尋得適合的職業。
4. 福利（庇護）工廠：提供有才能又喜歡工作的肢障者工作場所與就業機會，減少障礙者失業人口，增加肢障者收入。
5. 其他如：放寬公職考試限制及優待、提供失業救濟金、調

整障礙者職業訓練種類、加強訓練肢障者就業所需的職業能力、協助與工商企業及障礙者保持良好的溝通等等福利服務（勞委員，2004）。

（五）無障礙的生活環境

1. 提供無障礙的學習環境：包括改善學習環境之建築物障礙、社會障礙、學習障礙等，也就是為肢體障礙者排除各種困難，維護肢障者在校園裡暢行無阻，設法在學校建築物的出入口、通道以及各種空間設置必要配備，使肢體障礙者來去自如。
2. 無障礙的社區環境：包括家居環境與公共設施，前者如：臥房、客廳、廚房、浴室、廁所、走廊、門窗、陽台、花園、庭院等；後者如：公園、運動場、大樓樓梯、休閒中心、車站等等之設計與附加設備以及提供更多的便利空間給予肢障者。
3. 無障礙的交通環境：即運輸系統能夠安全、迅速、方便、經濟、可靠地提供人類尤其是障礙者及貨物之空間移動。而無障礙交通之基本理念是一完善的交通系統與建築環境，使肢障者能順利作水平與垂直交通，增加其各種社經活動。其具體措施為：（1）出入口之改善，（2）道路之改善，（3）運輸工具之改善等（內政部社會司，2004）。

五、智能障礙者的福利服務

（一）醫療服務

即健康檢查及醫療費用之減免。

（二）安養服務

1. 居家生活費和收容教養費之補助

2. 生活自理能力訓練，即獨立生活、生活自理能力之訓練。
3. 提供多樣性的安置服務如：臨托、日托及教養院之收容等的服務。
4. 有效財務規劃：為使智障者在父母百年之後，經濟不匱乏，所以父母應在生前為智障子女做好財務規劃如：（1）遺囑之遺產預作分配，（2）保險而為智障子女投保，（3）信託即父母將特定財產信託移轉予第三人，委託其以該財產之收益，作為教育、安養智障子女之費用來源（內政部社會司，2004）。

（三）就學服務

1. 教育安置：依兒童障礙程度、自理能力、學校的軟硬體設施、通學狀況等，安置於啟智學校、啟智班、資源班，普通班或在家教育等。其優缺點與前述之特殊學校、特殊班、資源班、普通班等相似。
2. 課業及藝能輔導：學習有困難學生，學校老師應作特別輔導，而家長也應輔導智障子女之功課。
3. 其他如：心理輔導、學雜費減免等（教育部，1991，黃志成、王麗美編著，2000）。

（四）就業服務

1. 職能治療：從兒童期、青少年期到成年期都須提供職能訓練機會，增進其動作能力。
2. 職業訓練：依個別智障程度和需要分班，實施教養和訓練，以達其必要之教養目標。其職訓可分下列班級：養家畜(養豬、養牛羊)、代工、烘焙、家事、園藝、水耕、土耕等班（勞委會，2004）。
3. 就業安置：（1）公私立機構定額雇用，（2）獎勵民間企

業雇用身心障礙者，（3）福利機構與民間企業簽定之建教合作等提供智障者就業機會。

4. 其他如：（1）加強親職教育提升身心障礙者父母之教育程度與社經地位。（2）改善無障礙的生活環境等。

六、重要器官失去功能者的福利服務

（一）醫療服務

1.醫療費補助

包括全民健康保險自付保費、全民健康保險不給付之醫療費用等，給予合理補助。

2. 看護照顧與費用補助

包括醫療需要、長期住院長期聘請看護工時，應視其經濟能力給予必要之費用補助。

3. 維持洗腎品質

除普設洗腎醫療（中心）外，應重視醫院設備的品質，確保障礙者之健康與舒適。（衛生署，2004）。

4. 其他

如：推動器官捐贈運動、建立器官分配制度、隨身帶病情（病歷）資料卡、異體器官移植（xenotransprantation）的研發等。

（二）就養服務

1. 居家生活補助：依障礙者經濟能力，給予必要之生活補助，使其生活免於匱乏。除此之外，也給予免稅及乘車、船、飛機等等優待。
2. 在宅服務：依其需要給予2－8小時之在宅服務，幫助障礙者沐浴、打掃、煮飯…等家事。
3. 提供心理輔導：如有自卑、退縮、挫折、焦慮、憤怒、憂

鬱等之負面情緒者，給予心理輔導（內政部社會司，2004）。

（三）就學服務

在接受特殊教育或其他一般教育，學校老師及家長應保持密切的聯繫；同時老師也應了解學生所患的疾病，以鼓勵態度安排適合的學校活動，並且讓同學了解其病情，發揮同學愛來幫助病童，接納病童。

（四）就業服務

1. 技藝訓練：依障礙者的生理、學歷、人格特質、潛能、興趣給予技藝訓練，使其有一技之長。
2. 就業輔導：依據其個人狀況給予就業機會，獲得收入，達到自我實現的地步（勞委會，2004）。

七、顏面損傷者的福利服務

（一）就醫服務

1. 醫療費用補助：包括健保費、醫療、醫療輔具器材、復健生活、復健交通等費用的補助。
2. 復健治療：包括復健服務、整型手術、輔具器材製造等的服務（衛生署，2004）。
3. 其他如：提供復健資訊、復健宣導、心理重建等服務。

（二）就學服務

1. 學雜費減免：依輕度、中度、重度分別減免學雜費。
2. 學校適應：提供學校生活適應有關之輔導與情緒支持服務。
3. 其他如：預防教育宣導、提供獎助學金、提供個別課業輔

導等。

（三）就養服務

1. 居家生活補助：提供身心障礙津貼或年金或失業救濟金等生活補助費用，以保障其基本生活水準。
2. 搭乘公共交通工具及公共場所入門票之優待：搭乘公民營汽車、火車（含高鐵、捷運）、飛機、輪船等交通工具之優待，以及動物園、植物園、博物館、美術館、科學館、故宮博物館等等公共場所入門票之優待。
3. 其他如：教導兒童自我照顧的技能、成立收容中心等。

（四）就業服務

1. 職訓與就業服務：提供各種職業訓練機會及職業訊息，並且推介就業以及給予就業適應輔導等。
2. 攤販營業許可證：在適當場所優先提供顏面損傷者攤販營業許可證。
3. 其他如：身心障礙者免稅優待、舉辦身心障礙者特考或考試加分優待等（勞委會，2004）。

（五）無障礙生活環境

1. 加強媒體對大眾宣導接納顏面損傷患者的活動：由行政院新聞局、內政部等相關機關提供公益廣告、短劇、演說等於電視、報紙、雜誌等媒體做宣導活動，促使社會大眾接納，尊重顏面損傷者。
2. 社會支持：社會大眾應支持顏面損傷者在就養時得到便利、就業時不會被排斥，使就業管道更暢通（內政部社會司，2004）。

八、植物人的福利服務

（一）就醫服務

1. 醫療費用補助：依植物人家庭經濟，給予必要之補助，如住院、醫療費用、自付醫療費用等之補助。
2. 成立專科醫院：可集合更專業的醫護等人員與促進設備的專業化，以利植物人之照顧。
3. 其他如：提供照顧植物人的照顧之醫學教育、在醫院設置固定床位等。

（二）就養服務

1. 生活補助：住院或在安養中心長期養護所需要費用之補助等。
2. 在宅服務：包括家務及日常生活照顧服務、身體照顧服務等。
3. 其他如：提供短期或暫時照顧的「喘息服務」、照顧之相關知能、社區化安養中心等服務。

（三）其他需求服務

障礙家庭減免租稅優待、宣導教育服務、交通服務、協助就醫、死亡殯葬服務等（內政部社會司2004，黃志成、王麗美2000）。

九、失智（痴呆）症患者的福利服務

（一）就醫服務

1. 早期發現早期治療與預防服務：協助老人定期檢查、控制血壓、避免腦中風等之產生與早期發現早期治療，同時提供老人痴呆症有關之衛生教育常識以利預防老人痴呆症之發生。

2. 在醫院成立失智（痴呆）症的專業工作團隊：整合老人科、神經科、精神科、護理人員、社會工作人員等醫護、社工人員成立痴呆症患者專業工作團隊，從事醫療、護理、社工等服務。
3. 改善醫療品質：包括（1）加強研究工作、（2）選派醫護人員出國研究進修、考察、學習先進國家新的專業治療等醫護知能、（3）提升設備水準、改善服務態度等。
4. 其他如：成立護理之家或照護中心、醫院附設失智養護中心、醫護中心，推展公共醫生護士家庭訪視，提供醫療諮商等。

（二）就養服務

1. 居家喘息照顧：派遣居家（在宅）服務員，協助洗澡、陪同就醫、協助服藥、協助進食、復健、陪伴…等家事，讓家屬有喘息的機會。
2. 改善居家或安養院所作息如：均衡飲食、適度運動、多用腦、疾病預防、人際互動、宗教信仰等之改善或調整作息時間。
3. 開辦療養院：提供更專業的照顧及解決家屬照顧的困難。
4. 其他如：為家屬辦理失智（痴呆）症患者照顧技巧訓練、設立（辦理）日間托顧中心、預防失智（痴呆）症患者走失即配戴「走失手鍊」及「急救手鍊」與成立通報中心、成立支持團體、注意生活安全（包括外出、一般家庭環境、浴室、樓梯、臥房、其他）、防止被虐待、被遺棄、被忽視等。

（三）經濟安全服務

1. 生活補助：生活費用補助、免稅優待、在宅服務費用補

助、喘息服務費用補助等。

2. 醫療補助：全民健康保險費用補助、全民健保不給付部分之醫藥費用補助、必要之營養藥劑支出費補助以及護理之家收容與醫療費用補助等。

3. 收容補助：（1）安（教）養中心安（教）養費用補助、（2）日間托育（護）費用補助、（3）機構臨托費用補助等。

（四）心理教育支持服務

1. 諮商輔導：專業心理輔導機構，提供失智（痴呆）症患者及其家屬（照顧者）之諮商輔導，解決其心理困擾。

2. 成立支持團體：為失智（痴呆）症者及其家屬成立支持團體，使其成員彼此分享經驗以利其復健工作，與作為成員之情緒支持渡過難關，以及使團體產生為團體成員爭取福利的力量。

3. 成立教育團體：以失智（痴呆）症患者與其家屬以及社會大眾為教育對象，促進失智（痴呆）症者的自我照顧能力及方法以免病情的惡化；使家屬了解如何照顧失智（痴呆）症患者，以及使社會大眾如何預防失智（痴呆）症與認識失智（痴呆）症等。

4. 其他如：設立社區老人或障礙者俱樂部、老人或社區大學，作為提供失智（痴呆）症者家屬社會資源等。

（五）法律服務

1. 照顧失智（痴呆）症患者的責任：依民法第1114條規定「直系血親、夫妻之一方與他方之父母同居者、兄弟姊妹、家長家屬相互間」都有扶養義務。

2. 遺棄罪：在法律上的規定，「遺棄罪」是指對於無力自救

的人有扶助、養育、保護的義務而遺棄或不提供必要之扶助、養育、保護者。遺棄罪可處六個月以上五年以下有期徒刑。若因而導致失智（痴呆）症者死亡或傷重者，重加其刑。

3. 其他如：禁治產宣告、竊盜罪與侵占罪、老殘失智（痴呆）症者的傷害與虐待等均有法律上的處理或處罰規定。（教育部1991，內政部社會司2004，黃志成、王麗美編著，2000）。

十、自閉症的福利服務

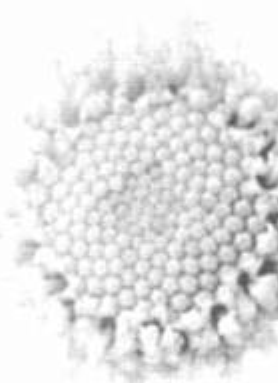
（一）醫療服務

1. 醫療及健康保險費用補助：需作復健治療，如藥物治療，感覺統合訓練或生活自理能力訓練等者，為減輕其家庭經濟負擔，必須給予醫療及健康保險費用之補助。
2. 早期發現早期療育：建立專責鑑定、診斷治療團體，除可降低發生率外，也可及時醫治或矯治、教育與技能訓練。
3. 醫療保健諮詢服務：自閉症患者常伴隨其他症狀，如智障、情緒障礙等，需專業醫療保健諮詢服務，而成立醫療保健諮詢服務中心。
4. 其他如：成立自閉症治療研究中心，提供感覺統合訓練服務。

（二）就學服務

1. 重視特殊教育：給予最適合的教育安置，並實施個別化教學，增加就學機會，提供課業輔導，提升學習效果。
2. 學雜費減免：為減輕其家庭經濟負擔，給予學雜費減免，以增加其就學機會。
3. 其他如：（1）加強語言能力訓練，（2）加強學前教育，

（3）提供社區化的特殊學校，（4）培訓專業師資及輔導員，（5）改善課程設計，（6）缺陷行為之彌補，（7）消除過動（過份）行為，（8）培養良好習慣，並避免與消除固定僵化行為等。



（三）就養服務

1. 臨托照顧：社區臨托服務中心，幫助照顧者解決須外出之不便。
2. 成立收容養護機構：嚴重自閉症患者，且無家人照顧或家人無能力照顧者，可送收容養護機構安養。
3. 其他如：妥善的生活照顧、居家生活補助、居家看護等。



（四）就業服務

1. 職能評估：健全完整的職能評估制度以利職業輔導，使自閉症患者貢獻於社會。
2. 設立庇護家園：熱心公益贊助的企業、廠商，協助自閉症者學習一技之長，並設立自閉症患者之庇護工廠，增加自閉症患者之就業機會。
3. 其他如：放寬公職考試限制及優待、技藝訓練、提供支持性就業、加強就業宣導等。（教育部1991，內政部社會司2004，勞委會2004）。

（五）其他

對一般社會大眾再教育，導正其觀念，以支持自閉症患者，或舉辦親職講座及免稅優待等。

十一、慢性精神病患的福利服務

（一）就醫服務

1. 精神醫療方式，包括：門診、急診、住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療等。
2. 精神醫療方法，包括：（1）心理分析治療法（psychoanalytic psychotherapy）如：自由聯想（free association）、夢的分析治療法（dream analysis）、抗拒分析（analysis of resistance）、移情作用（transference）、闡釋（interpretation）。（2）行為治療法（behavior modification）如系統減敏感法（systematic desensitization）、嫌惡治療法（aversive therapy）、代幣法（token economy）、隔離法（time out）、刺激飽足法（stimulus satiation）、洪水法（flooding)、爆炸法（explosive method）、社會（交）技巧訓練法（social skill training）、自我肯定訓練法（self-assertive training）、行為契約法（behavioral contraction）、自我管理法（self-management）、生理回饋法（biofeedback technigue)等。（3）認知治療法（Cognitive-behavior modification）即透過治療導正觀念減輕心理之困擾之治療法。（4）團體治療法（group therapy）即在團體中引導案主相互激勵、互相觀摩學習的方式，達到改正自己偏差行為之一種治療方法。（5）生理治療（biological therapy）如藥物治療（drug therapy）、電擊治療法（electroshock treatment）、精神外科治療法（psychosurgery）。（6）職能治療法（occupational therapy）即藉治療師扮演的角色及各種活動，如木工、女紅、美工、音樂、美術、舞蹈、裁衣、農場、牧場等等的工作，引導病患建設性地發洩情感，滿足病患創造慾望、成就感、學習對性別及角色的認知，訓練社交技巧，改善工作習性，培養良好嗜好。（7）家族治療法（family therapy）即介入家族聚會中作為媒介，以會談方式進行治療活動，一方面幫助個人更了解或發現自己和家人；一方面促進彼此間的

溝通與互動，從而學習比較正面的溝通以及表達技巧，達到個人或家庭發揮功能，解決問題、促進家庭融洽圓滿。

3. 物理治療：是透過按摩、水療或運動治療慢性精神疾病患者，放鬆肌肉，促進血液循環，安定精神之治療方法。
4. 其他如，建立通報系統等等。

（二）就養服務

1. 康復之家：雖病患之病情已改善或穩定，但仍然無法適應社會或家庭生活，或某種因素無法回家或無家可歸時，可住在康復之家，使病患短期居住在社區內的保護環境中，做為其重歸社會生活的緩衝機構。
2. 家庭社會支持及照顧：避免家族或社區居民對精神病患之漠視及排斥，必須加強對精神病患之了解與關懷，以利其病情好轉。
3. 其他如：生活補助、在宅服務、療養機構收容、宗教活動參與等。

（三）就業服務

1. 職業訓練與就業輔導：依精神病患之病情、人格特質、性向、興趣給予職業訓練，並輔導就業，發揮潛能。
2. 庇護工廠：具有工作能力而找不到工作之精神病患可輔導至社區性庇護工廠工作，一方面是人盡其才，二方面有助其精神安定，三方面有利於其未來的正式就業等。
3. 其他如，建立社會支持系統，接納或雇用病患。

（四）家屬服務

1. 促進瞭解精神病患者的福利措施：使家族了解身心障礙者保護法、精神衛生法及其他相關法規與福利或保健措施以

利爭取應得的福利服務。

2. 促使家屬具備照顧病患的知識：成立家長團體，授予各種相關知識，以利其照顧病患。（衛生署2001，內政部社會司2004，勞委會1997，黃志成、王麗美編著2000）。

3. 其他如：家屬的情緒支持、喘息服務等。

十二、我國身心障礙者福利服務之建議

（一）提高中央主管身心障礙福利機關的位階，尤其是協調委員會。

（二）嚴謹做好身心障礙證明之鑑定。

（三）重視並獎勵身心障礙輔助器材之研究發展事業。

（四）提升小型化、社區化身心障礙福利機關的設備品質與人力素質。

（五）徹底推行身心障礙者分類教育、矯正(矯治)教育，訓練其謀生技能。

（六）庇護工作或授產更生設施之小型化或多元化，促進身心障礙者就業、謀生機會。

（七）以先進富前瞻性的服務提高身心障礙者服務品質做為福利機構評鑑標準，以達去蕪存菁之目標。

（八）開發並充分提供身心障礙福利相關資訊。

（九）公私立機構或學校培育身心障礙福利研究或專業服務人才，以利福利之推展。

（十）加強罕見疾病、植物人之照顧與免費收容服務，以減輕其家庭負擔。

（十一）擴大強化身心障礙醫療復健。

第12章

身心障礙者福利的實務與方法（技巧）

第十二章　身心障礙者福利的實務與方法（技巧）

第一節　社區化概念與社區身心障礙者福利措施之目的

一、社區化概念

社區與國民生活福利是有密切關係，所以社會福利服務的對象，尤其福利機構所收容的對象更不能與社區隔離，以免妨害利用者的社會適應與社會復歸以及其自立性或自主性生活。因此我們必須作好社會福利，特別是社會福利設施的社區化。社會福利事業的「社區化」，像身心障礙者福利事業，不僅其相關的行政，如教育、職業輔導、衛生醫療等等須與相關行政之有機性的結合，並且更須與社會福利行政體系內相關的福利機構單位等相結合，如此，才能提昇服務品質，保障被服務者的權益。故身心障礙者福利「社區化」首先對社區在處理或服務身心障礙者福利問題時，不但應從社區身心障礙者的需求去服務，而且也要使相關行政具有有機性的關連或連帶之保障。

身心障礙者福利社區化，不僅要把身心障礙者福利政策當作社區的一環，而且也須從社區居民生活結構之改變去展開身心障礙者的需求。近年來在高度經濟發展，急速工業化都市化的衝擊下，不少家庭社區之功能崩潰了，要恢復家庭或社區的功能就必須先把物理性的社會化、社區化的家庭功能樹立起來，努力創造社區的新文化和新生活。

家庭功能的降低都是由於共同消費財如學校、醫院、公園、住宅、自來水道、下水道、垃圾工廠（垃圾焚化廠）等的缺乏和公害、交通事故等的嚴重社會問題的存在，致使任

何人都有可能變成受救助受服務的低收入者或身心障礙者，成為社會福利行政服務的對象。在這樣的情形發生時，社會福利行政人員的腦子內仍然抱著以往傳統社會或家庭之自助原則者，就會作出不合理的處理或服務。而這裡不是居民的身心障礙者生活之不安或身心障礙者福利設施與社區隔閡存在的問題，而是如何去增強扮演消除身心障礙居民生活不安以及改善身心障礙者社會福利措施功能的角色，所以身心障礙者的福利措施計畫與方法等，必須包含在身心障礙者福利行政的範圍內。

身心障礙者福利社區化不論其理論或實務，均含有身心障礙者福利措施本身的社區化問題，其社區化問題可分為：1.受服務利用的身心障礙者都有社區居民的歸屬意識。2.身心障礙者福利事業有關的物理性、空間性設備之本身（自體）在社區居民生活上是有必要的物理性、空間性設備，並把這些作為社區居民之身心障礙者能夠使用的東西。3.身心障礙者福利措施所擁有的專業人員是負有指導社區居民，尤其是社區之身心障礙者之生活或運用資源的責任。4.具有身心障礙者的福利設施或作為身心障礙者生產功能的目的措施者，應具有提供社區身心障礙者之居民服務功能。

二、社區身心障礙者福利措施之目的

社區身心障礙者福利措施也就是身心障礙者福利的社區化，其目的可分為：

（一）教養去機構化：

教養去機構化是指不用大規模的機構集中收容而給予身心障礙者有教或養之服務機會而言。也就是以社區作為受服務者的居住地方和接受一般居民與工作人員一起來服務，同

時，提供訓練或協調方案給社區作為發展或維護障礙者人性化的居住環境，使受服務的身心障礙者個人過著正常的社區生活。所以教養去機構化（Deinstitutionalization）可作以下定義：

1. 將福利性公共住宿機構，發展為替代社區居住機構。
2. 將原在公共收容（住宿）機構所提供之訓練或協調方案，轉移到替代之社區居住機構。
3. 發展及維護人性化的居住環境，轉移至個人及正常的社區生活（周月清，1998）。

（二）強化或整合「家庭功能」或「社區功能」

傳統社會的家庭功能（family function）如生育、養育、教育、社會化、經濟、政治、宗教、娛樂、保護、照護及情感等等及傳統的社區功能（Community function）如推行精神倫理、改善環境促進衛生、習得技藝、嘉善懲惡、移風易（轉）俗，安和樂利，守望相助，有難相扶持等，如今被高度經濟發展高度都市化、工業化、自動化、科層化的衝擊影響下，家庭功能也好，社區功能也好，都已崩潰。所以以後的自助人助自給自足的社會或家庭，非以社區照顧（照護）等的社會福利措施，尤其身心障礙者的福利措施來代替或強化整合家庭功能或以往良好的社區功能不可。

（三）減輕個人的痛苦

身心障礙者福利社區化，不但不必離鄉背井，就可獲得就近由家族、鄰居等來推展社區照顧，也可早期獲得不必等候進入福利機構養護、療育、矯治之服務，減輕精神上或經濟上負擔的痛苦與壓力。

（四）減輕家庭負擔

家有身心障礙者委實一大困擾，尤其重度或雙重、多重身心障礙，不但要家人來介護、照顧，而且也要花不少醫療等等費用，若能在自己社區家鄉就近照顧，不僅可減輕家族精神上，肉體上勞累的壓力，並且可減少不少醫療或機構照顧的經費。

（五）減輕國家社會負擔與促進社會安定進步

身心障礙者福利社區化，不但可加強或整合家庭或社區的能力，減少國家、社會對照顧身心障礙者的教、養等福利服務經費，而且可促進家庭或社區居民的充分參與身心障礙者福利工作，關心自己家族與社區居民；落實身心障礙者的福利實務，提高身心障礙者服務品質，同時，減少身心障礙者社會問題，促進社會安和樂利與進步（江亮演，2000）。

第二節　身心障礙者支持性需求及運用性需求的評估

身心障礙者支持需求或運用需求的評估，就是對身心障礙者支持或運用的需要或追求有關事物之審核評定其價值的一種過程。所以上述的評估牽涉到供需的問題，因此我們可從支持與運用兩方面去說明。

一、支持性需求的評估

身心障礙者最需要是家庭支持、社區支持的服務等，所以我們應從政府對家庭、社區的支持，作評估並從這些方面加以分析。

(一)政府的家庭支持性服務需求規定：

聯合國在1971年通過的「心智障礙者權利宣言」，指出心智障礙者與一般人具有同樣權利；同時也有權利與其家屬或父母同住，而接受與其同住的家屬支助。聯合國1975年採取的心智障礙者權利宣言，其中第3條有關身心障礙者權利「身心障礙者具有人類尊嚴而受人尊重的權利，不論其障礙原因，特質及程度與同年齡一般國民具有同等的基本權利」。聯合國1994年有關障礙者機會平等的資料更進一步明文指出，國家有責任促進障礙者擁有家庭生活，因此，必須訂定保障障礙者去除障礙及反歧視的法規，同時對障礙者的兩性關係、婚姻及父母的權力也須立法予以保障。所以我們評估時應重視的事項如下：

1. 身心障礙者福利法中的家庭支持性服務之規定情形：

（1）家庭的責任：有否規定促進身心障礙者的自立及家庭參與的責任。

（2）國家和地方政府責任：①有否規定訪問或派遣人員服務身心障礙者家庭，訓練及照顧障礙者的規定。②身心障礙者的父母或照顧者死亡之後，身心障礙者福利措施是否對障礙者之生活提供協助。③政府有否規定發給身心障礙生活津貼制度，④政府有否明文規定協助障礙者住宅之服務，⑤有否明文規定「障礙兒童教育法」，尤其是個別家庭支持及身心障礙教育等法。

（3）社會或社區責任：身心障礙者福利法中對結合民間資源的有否明文規定？如結合民間資源而設立障礙者福利機構，像①教育、醫療、護理復健機構，視障者讀物出版社及視障者圖書館等等。②組設各級「身心障礙者福利團體」之民間團體有關法律之訂定。③社區照顧體系建立等。

2. **身心障礙者家庭支持性服務需求之評量：**

專業人員支持需求依馬斯婁（Maslow）需求理論，可將人類需求分為生理、安全感、愛與歸屬、自尊、自我實現等五個層次的需求。

3. **需求評量：**

需求評量是社會工作介入過程的資料收集評量（assessment），目的是如何有效地解決身心障礙者的案主之問題，以滿足案主的需求。依馬蓋李(Mckilip 1987)的需求分析有：（1）確立需求分析的資料來源，和為誰分析，即使用者與使用資料之分析，（2）確立目標人口群及服務環境，（3）確立需求包括問題與解決方法。（4）評量需求的重要性，（5）結果等五個步驟。

（二）家庭經濟評估

身心障礙者其家庭經濟狀況之評估，可從下列幾方面去分析：在身心障礙者福利法中對「障礙者居家生活補助」的規定情形如：

1. 家庭補助金（family subside）：是否可減少障礙者其經濟、心理及社會上的壓力。如可否滿足支付在宅服務、托育服務、喘息（短期）照顧服務、在宅治療等之費用。
2. 身心障礙者津貼：是否普及？是否能滿足障礙者需求？

（三）喘息服務

喘息服務或稱喘息照顧（respite care）是一種「臨時及短期的照顧」，亦稱為「短期暨臨托服務」或「在宅服務」，以使照顧身心障礙者的家屬或照顧者有暫時或短時間休息，減輕其精神上或肉體的壓力之一種福利措施。

（四）其他

如殘障年金制度以及支持殘障者家庭有關之措施等。

二、運用性需求的評估

（一）運用或供給層面之分析

身心障礙者運用性需求的評估分析，可從身心障礙者可運用的地方，也就是誰可提供服務？所提供的有那些服務？其所提供也就是身心障礙者可運用的服務資源或服務類型是什麼？所提供或所運用的資源與服務可達到那些功能？有那些利用即接受服務的資格限制？所提供的服務品質也就是被服務者的滿意度如何？

（二）身心障礙者福利政策之評估

1. **直接或間接的功能：**即其政策對身心障礙者福利的正負方面的（正反）影響之評估。

2. **訂定評估指標：**

（1）政策指標：①合理性，②公平性，③隱私權與正義，④效率性，⑤缺失的避免。

（2）政策分析：①哲理基礎，②正義公平與效率，③人類社會發展程度，④經濟效益等。

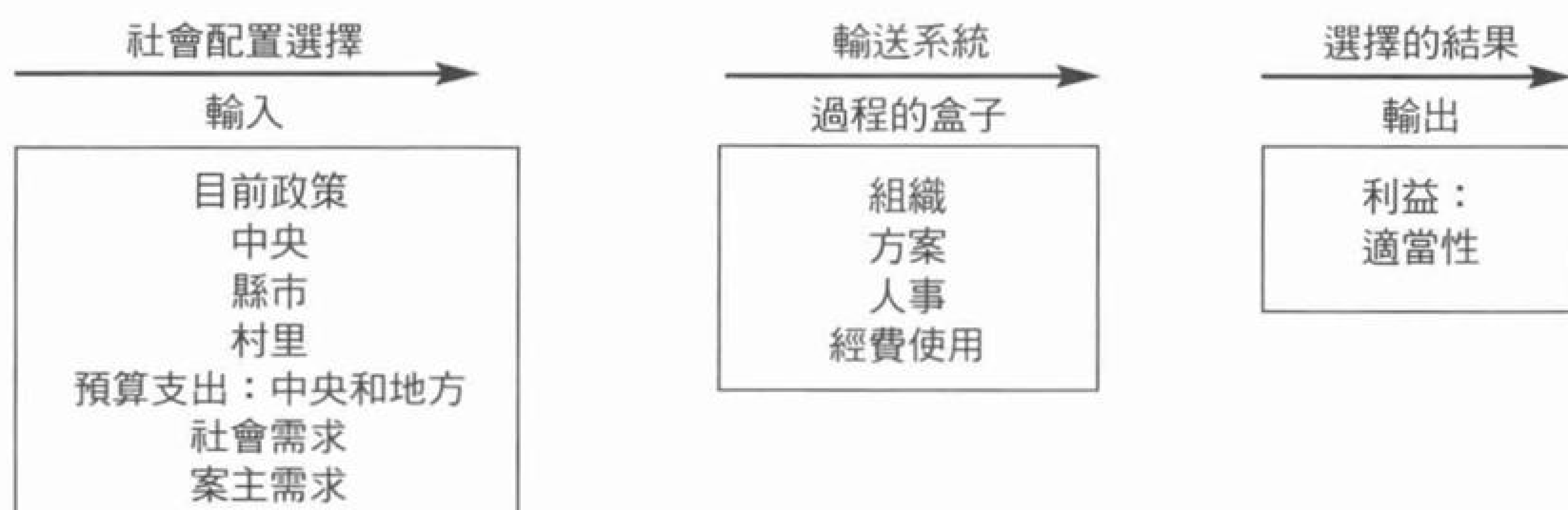


圖12-1：社會政策分析的社會系統模式
（參考Bloedorn, 1970：Dye. 1987）

3. **福利政策分析**：布雷朗（Bloedorn, 1987）與戴伊（Dye, 1987）的系統模式，認為社會福利政策分析工作包括下列六個步驟：（1）確認輸入系統，（2）確認輸出系統，（3）確認黑盒子（black box），（4）確認目標，（5）轉換輸入到輸出，（6）評估輸出的影響。如圖12-1：

4. **社會政策制訂與執行分析**：

（1）政策制訂：①確立問題，②分析，③通知社會大眾，④發展目標，⑤建立社會大眾支持和立法，⑥方案設計，⑦執行，⑧評估。

（2）政策執行：①問題陳述，②現階段政策，③政策價值基礎，④政策運用，⑤方案目標，⑥確認執行障礙，⑦機構障礙，⑧心理障礙，⑨社會障礙、經濟障礙、政治障礙，⑩建議等。

5. **方案評估**：克特納等（Kettner et al. 1990）認為方案評估步驟可分為：（1）定義方案，（2）問題分析，（3）需求評量，（4）方案設計，（5）方案資訊系統，（6）預算，（7）方案評估。魯特綿（Rutman, 1984）對身心障礙者福利措施與方案供給現況的分析，認為應強調檢視方案管理的品質或方案本身之結構背景，包括方案的成分與輸出，方案目標以及方案效果（正、反面的影響結果）。而方案評估之過程則包括：（1）定義與案主，（2）確立評估目的，（3）有關法規制度，（4）經費預算，（5）社會大眾責任，（6）未來方案之輸送，（7）社會科學知識之增加，（8）評估計畫，（9）執行，（10）使用等（周月清，1998）。

（三）身心障礙者福利運用性之評估

1. **整體性措施**

（1）就醫：即推行身心障礙者的醫療保健措施效果如何？其措施對身心障礙者身心的功能之正面影響有多少？是否可滿足障礙者對醫療照護及復健服務需求？滿意度又是如何？政府或民間對身心障礙者，尤其是非低收入戶之障礙者，提供多少生活或復健等服務扶助？

（2）就學：即身心障礙者的教育權，是否受到教育機會均等，所提供的特殊教育學校或特殊教育班是否令障礙者滿意。對障礙者所提供的免學費、交通工具及教育補助器材等是否能維護障礙者就教（學）的權益？

（3）就業：促進身心障礙者殘而不廢，就業是否能滿足障礙者需求？政府所提供的障礙者職業訓練機會，輔導就業情形，尤其中度和重度障礙者的就業，以公家或民間所設立的庇護工廠是否令障礙者滿意？

（4）就養：即身心障礙者養護服務，如收容安養、療養，有否按障礙者等級、分別提供各種必要之輔導與教養服務？尤其重建身心障礙者生活，障礙者是否滿意。

（5）無障礙環境：無障礙環境的設置包括：①社區、居家環境的無障礙，②交通工具、公共建築、活動場所、公共設施的無障礙，③就學的無障礙，④就業工作的無障礙等，障礙者是否滿意？

2.其他福利服務

身心障礙的人格尊嚴及合法權益的尊重與保障，對身心障礙者的各種優待或必要之社會服務等等。

以上這些身心障礙者福利措施品質成果都必須加以分析評估。

三、身心障礙者福利經費預算與人力配置之分析

（一）經費預算配置：1.預算比例逐年是否合理增加？2.預算是否依「身心障礙者福利法」規定編列？3.預算是否依需要而有變動？4.預算分配是否公平合理？5.社區化照護是否有合理預算？

（二）人力配置：1.身心障礙福利事業人力投入是否相當而足夠？2.每位障礙者年度平均分配到預算金額多少？是否合理？3.擴大障礙者福利有更多受益對象時，經費預算是否足夠？4.各類障礙者一年所花費用多少？不合理之處如何改進？

第三節　身心障者福利服務類型

一、身心障礙者福利的具體內容

（一）促進身心障礙者在社區共同生活——社區照顧。

（二）促進身心障礙者自立更生——職業訓練之就業與創業。

（三）促進身心障礙者生活競爭能力——生活技能教育與訓練、早期療育等。

（四）提昇身心障礙者生活品質——生活安全保障、家庭生活補助。

（五）確保身心障礙者生活安全——居住環境改善與服務。

（六）消除身心障礙者環境障礙——無障礙環境之普及。

（七）加強身心障礙者福利國際交流與協助——收集或交換相關資料與合作。（江亮演，2000）。

二、身心障礙者福利服務類型

（一）確保身心障礙者居住與工作場所之服務

依據身心障礙者的需要，設置或充實有關之設施與事業如：

1. 身心障礙者團體之家與福利之家供障礙者居住。
2. 身心障礙者授產設施與福利工場（庇護工廠）促進障礙者就業機會。
3. 普設身心障礙者小型小規模的工作場所及充實小工廠設備等措施。

（二）促進身心障礙者僱用事業

促進身心障礙者，尤其普設全國性重度障礙者僱用之企業，促使障礙者就業機會。

（三）促進無障礙環境之改善

1. 普設身心障礙者使用的無障礙之步行道。
2. 公共設施如新大樓、車站公共場所等應設置障礙者專用電梯等等的無障礙設施。
3. 新設置之機關單位均須設置無障礙的環境，以便障礙者使用。
4. 各種道路之收費站、加油站、休息站等必須設置無障礙之身心障者專用廁所或停車位。
5. 全國警察機關有受理障礙者緊急通報之設備。
6. 其他，如改善肢體障礙者住宅無障礙或社區生活無障礙之環境等。

（四）身心障礙者社區福利服務

1.社區服務

（1）長期或短期的社區照護（介護）：以減輕在宅照護壓力。

（2）日間照護（day care）：以日托方式照顧社區身心障礙者。

（3）社區團體之家或社區福利之家：確保社區支援障礙者居住生活機能。

（4）社區照護團體(care group)：協助社區身心障礙者機構服務工作。

（5）綜合性社區服務：社區身心障礙有關之諮商、生活支援、訊息之提供等。

（6）社區庇護工廠：提供社區身心障礙者工作機會。

（7）社區無障礙環境：提供身心障礙者行動、交通、生活之方便與使用設施。

（8）社區身心障礙者之教育與生活技能訓練：提高障礙者謀生知識與能力。

（9）社區身心障礙者授產服務：提供社區障礙者自立更生機會。

（10）其他，如社區身心障礙者福利委託事業或社區志願服務，在宅服務支援等。

2.社區活動

1975年聯合國身心障礙者權利宣言：「不限於政治經濟活動之參與，而具有參與所有社會性、創造性活動或娛樂休閒活動之權利。」同時國際社會實現「身心障礙者世界行動計畫」或「機會均等化」的基準為：文化活動參與保障和宗教活動參與鼓勵。

（1）身心障礙者日常生活之社區活動：①購物或日間勞動（工作），②社區福利設施之利用，③旅行。

（2）身心障礙者所需之福利服務：①所得保障以利其社區活動，②運動與娛樂休閒，③其他，如機能回復訓練，醫療保健費用減免，介護或介護職訓、確保工作機會與住宅、充實社會福利設施、障礙者移動以及結婚諮商等。

（3）社區活動支援：①運動，②娛樂，③文化藝術活動，④義

（志）工，如社區服務，老人、殘障者供食配送，老人、殘障者在宅服務、福利機構服務等。

（4）保障支援身心障礙者社區活動訊息：①天災地變資訊之提供，②聽障、視障等障礙者日常生活資訊，③重度障礙者移動容易有關之資訊，④智障者易懂容易學習的資訊之提供，⑤大眾傳播之字幕、手語、解說之提供，⑥國內外有關之資訊交換，⑦其他，如各種資訊的收集、提供與研究等（江亮演，2000）。

3.社區身心障礙者自立支援

（1）身心障礙兒童之社區療育體制，即健全障礙兒童能安心生長之社區療育體系：①重度障礙兒童日托事業。②健全全國性身心障礙兒童療育設施網之功能。

（2）促進身心障礙者社會復歸，即健全社區社會復歸體系或奠定障礙者福利事業基礎，促進社會復歸：①團體之家，②授產設施，③障礙者生活訓練與授產設施，④障礙者社會適應訓練事業，⑤障礙者日托照顧設施等。

（3）實施社區身心障礙者生活支援事業，即障礙者生活諮商以及促進身心障礙者社會參與事業等如：①障礙者兒童療育、智障者社會復歸以及障礙者綜合性諮商、生活支助等之社區支援事業。②促進身心障礙者之社會參與事業。

4.落實社區介護服務事業

（1）在宅服務：因應身心障礙者之需要提供：①家庭服務，②短期或暫時（臨時）照護，③日托等服務。

（2）設施（機構）服務：減少等待進入設施之身心障礙者，尤其增設尚不足之設施如：①肢殘者療護（養護）之設施。②智障者更生設施。

（3）癲病患者：推行關聯措施之在宅服務等事業，適當提供

介護等服務（江亮演，民89）。

（五）身心障礙者福利機構服務

1. 身心障礙福利設施的發展與其特徵

表12-1　障礙類（種）別福利設施一覽表

障礙對象	肢（身）體障礙者（18歲以上）	肢（身）體障礙者與智能障礙者（精神薄弱）	智能障礙者（18歲以上）	智能障礙重建者
設施	肢（身）體障礙者更生援護設施	兒童福利施設	智能障礙者（精神薄弱者）援護設施	智能障礙者社會復歸設施
更生、訓練、治療、養育設施、生活設施	視覺障礙者之更生設施、聽覺障礙者之更生設施、內臟障礙者之更生設施、重度身體障礙更生援護設施、身體障礙者之療護設施	智能障礙兒童(精神薄弱兒)設施、自閉症兒童設施、智能障礙兒童日托設施、盲童設施、肢體不自由兒童日托設施、肢體不自由兒童設施	智能障礙者更生設施	智能障礙生活訓練設施、短期照護設施、障礙者日間機能援護設施
工作設施	身體障礙者之授產設施、重度肢體障礙者授產設施、身 體障礙通所（勤）授產設施、肢體障礙者福利工場（廠）	肢體不自由兒童日托設施、肢體不自由兒童療護設施、重症心身障礙兒童施設	智能障礙者授產設施、智能障礙者福利工場、庇護工廠	智能障礙者授產設施、智能障礙者福利工場、庇護工廠
社區（地域）利用設施	肢（身）體障礙福利中心(A型、B型)、肢（身）體障礙日間服務中心、障礙者更生中心、輔具製作設施、點字圖書館、點字出版設施、視覺障礙者資訊提供		智能障礙者日間服務中心	
福利之家等	肢（身）體障礙之家		智能障礙者之家、智能障礙通勤宿舍	智能障礙者之家

資料來源：日本總理府平成7年度障害者白書，P198。

第二次世界大戰前是以收容來處理身心障礙的問題，但自第二次世界大戰以後卻有多元化福利機構的發展，其特徵：①非當作救貧對象，而是著重在身心障礙者的援護上。②從兒童到成人的身心障礙者設施，是依其成長的需要而有各種設施。③從輕度的服務到重度的福利服務。④從肢體殘障者福利設施擴大到智障者為對象的福利設施。⑤從收容型態到利用型態之設施。⑥從為就業的身心障礙者設施到為生活的身心障礙者設施。

2. **身心障礙者福利設施的種類其營運結構**，如表12-1。

第四節　身心障礙者個案管理

身心障礙者個案管理定義，簡單說是身心障礙者即案主在與社會工作專業人員等的互動服務網絡中，獲得需求或支

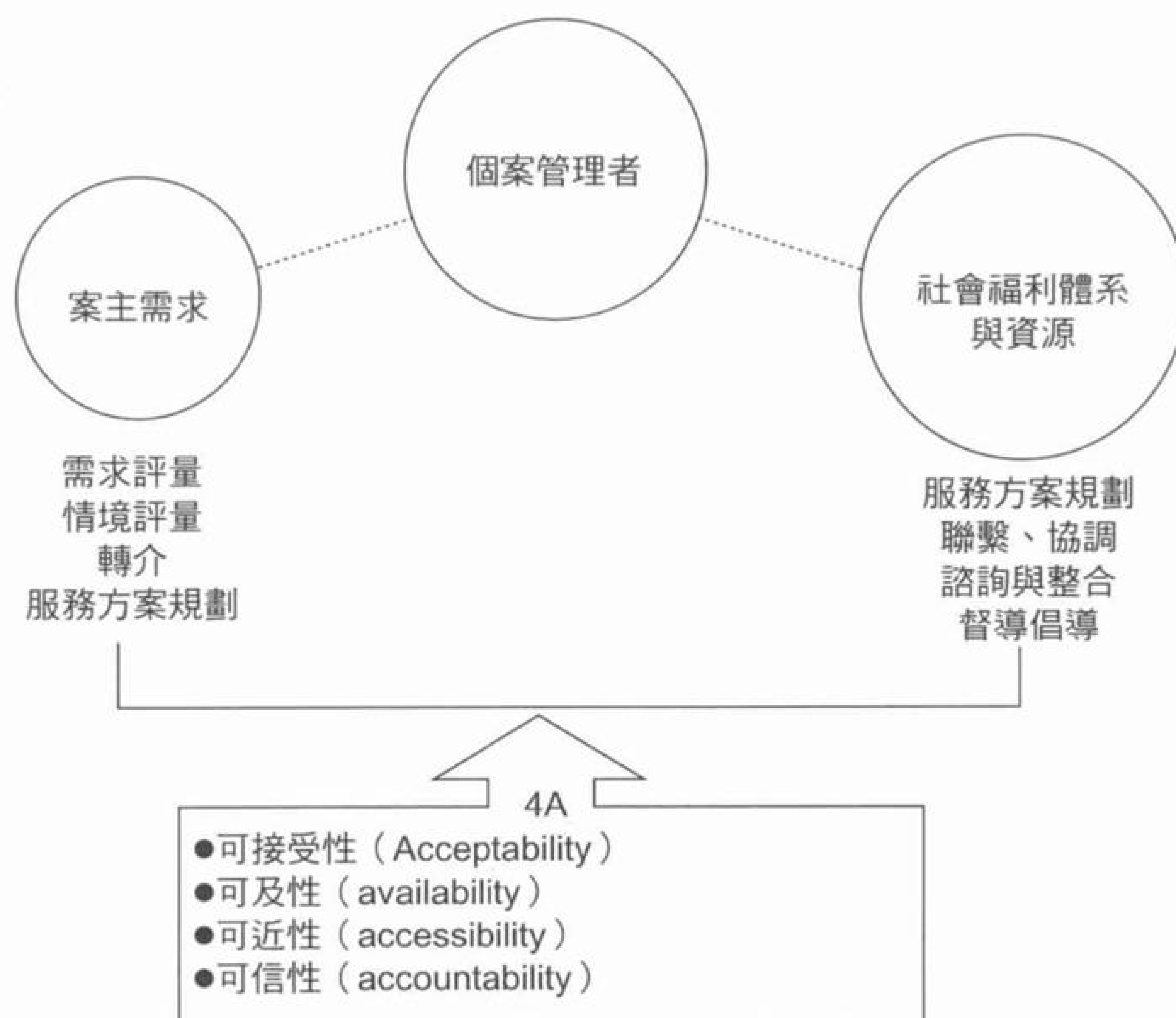


圖12-2　個案管理工作之互動關係（引自潘淑滿，2000）

持，並透過專業人員專業統整與協調活動等不同步驟過程，而取得實際又有效的服務。其管理工作之互動關係，如圖12-2（潘淑滿，2000）：

一、身心障礙者個案管理運作相關體系之互動內涵

身心障礙個案管理者在提供專業服務過程，有不同體系之互動內涵，包括：案主體系、資源體系、改變司體系、運作體系、目標體系等五個體系，如圖12-3（高迪理，1990）：

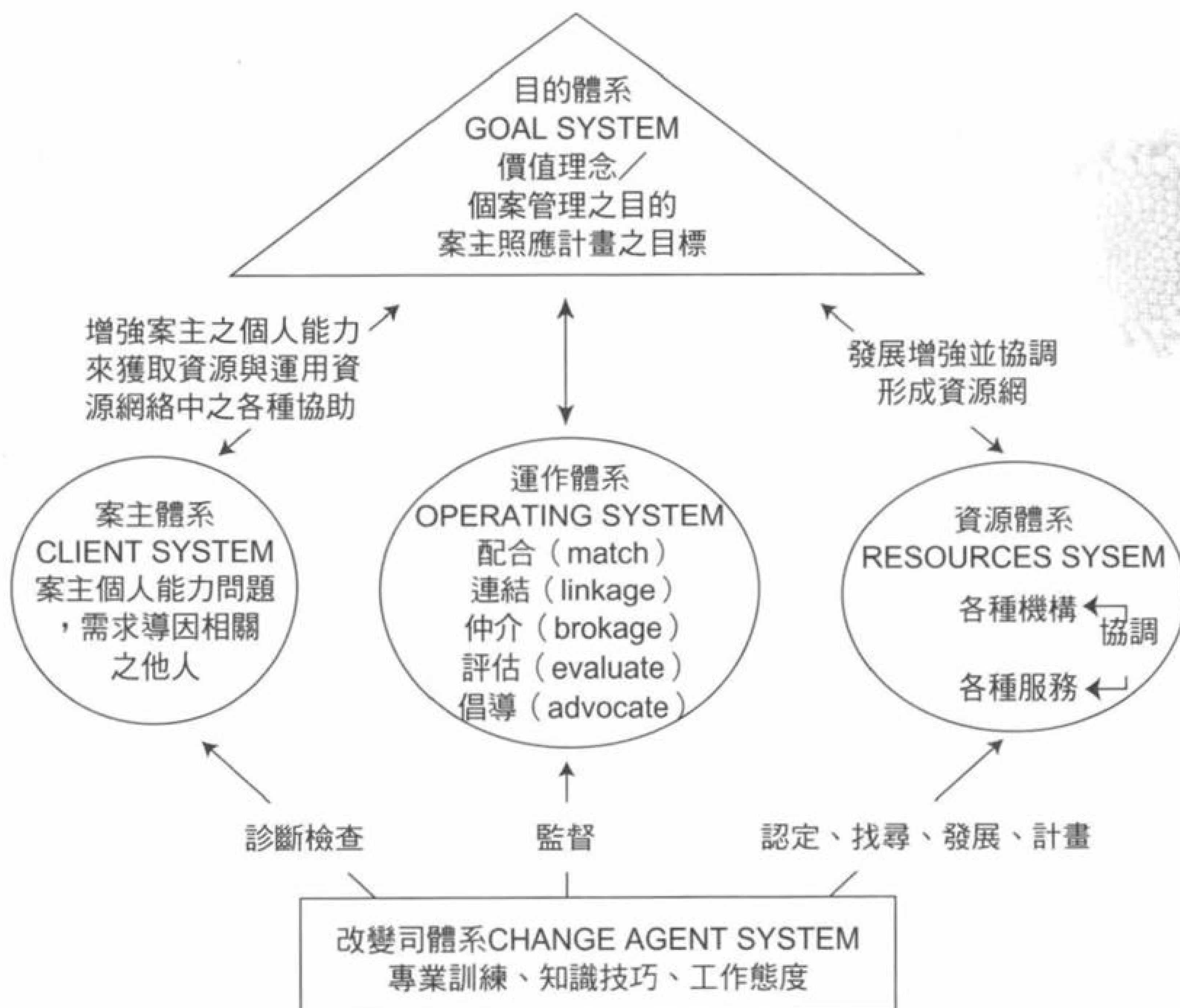


圖12-3　個案管理工作運作相關體系之互動關係
（引自高迪理，1990，頁127）

二、身心障礙個案管理的目的與功能

（一）目的

1. 服務之連續性：在每個時間提供連續而完整服務外，還可隨時反省案主需要之改變。
2. 促進服務之可近性與責任：協助案主獲得所需要之服務，同時責任、信用問題也會較清楚。
3. 增進服務輸送之效率：確保服務提供與程序達到成本效益提升的目標（楊瑩，1998）。

（二）功能

1. 預估（Assessment）：接案、資料收集、特殊問題之評量等。
2. 計畫（Planning）：訂定服務計畫與相關人員聯繫等。
3. 連結（linking）：連結案主與服務，確保服務品質等。
4. 監督（monitoring）：主要是了解服務執行是否合乎計畫等。
5. 倡導（Advocacy）：協助案主獲得其所需的服務等。
6. 評估（Evaluation）：主要在了解服務成效，是否達到預期效果等。

三、身心障礙個案管理運用之原則與程序（過程）

（一）原則

1. 行為取向（Behavior-oriented）：何種特定行為模式是案主應遵循的。
2. 轉介至其他機構（Referring to related agency）：非機構服務範圍或管理者無法解決者應轉介至有關機構。
3. 負專業責任（Accountability）：對案主的處置應負責任。

4. 協調（Coordination）：協調並召集相關人員共同幫助案主。
5. 評估（Evaluation）：注意案主的情況，評估方案的可行性適切性和案主改變的程度。
6. 系統導向（system-oriented）：任何分析、診斷、輔導計畫和評估都需包括在與案主有關之任何系統內。

（二）程序（過程）

1.建立關係（engagement），2.預估（assessment），3.計畫（planning），4.取得資源（accessing resources），5.整合（coordination），6.結束關係（disengagement）等，如圖12-4（王玠等，1998）：

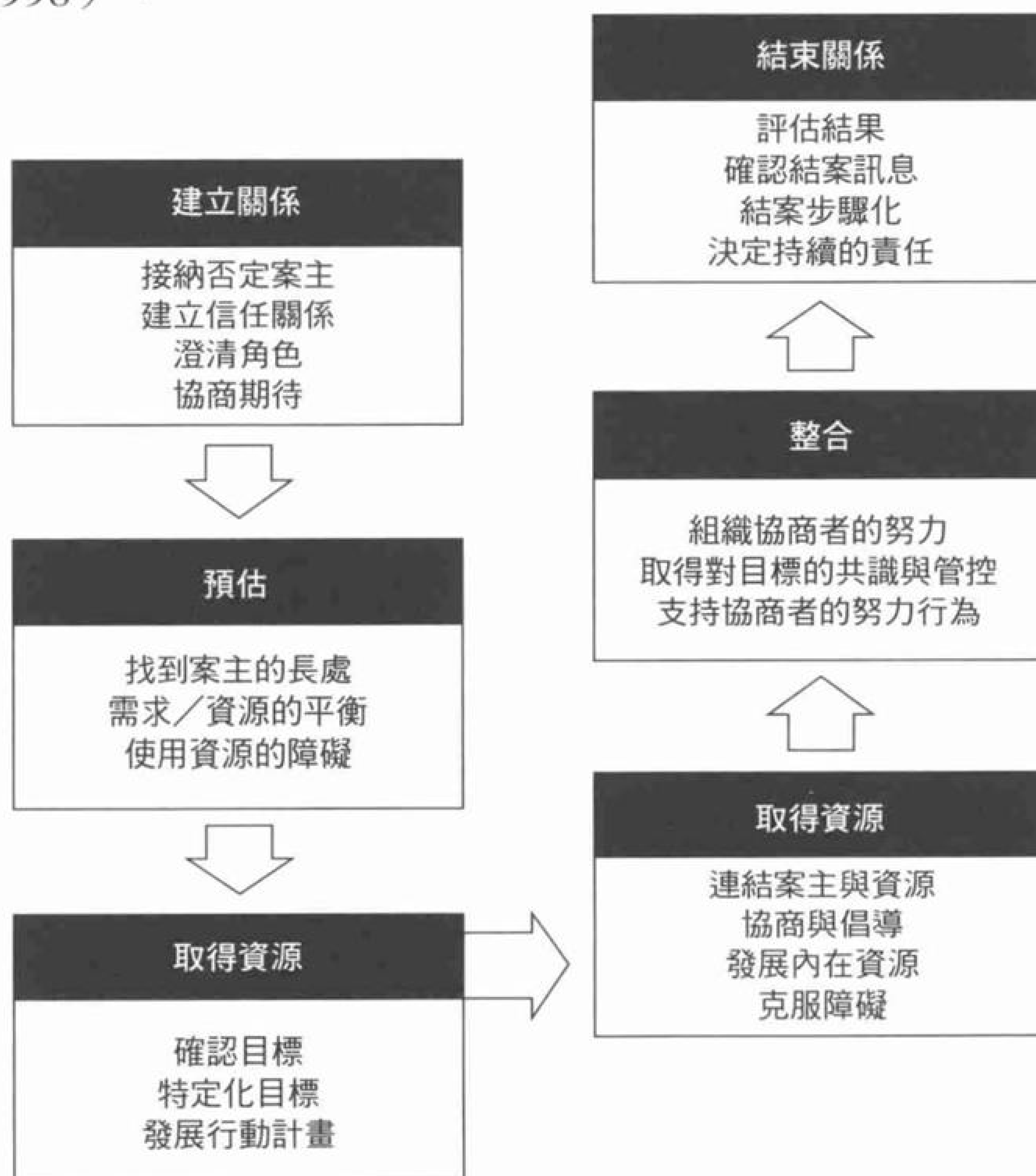


圖12-4　個案管理之程序

四、身心障礙個案管理模式

(一)個案管理實務模式:

1. 文化勝任度
2. 案主之激力
3. 臨床架構
4. 科技整合實務等,如圖12-5:

(二)盧明斯(Loomis,1998)個案管理工作模式:

1. 社會模式:基本之支持協助,非醫療照顧模式之服務。
2. 初級照護模式:以協調來提供適切服務,並控制該照護成本。
3. 醫療社會模式:提供整合性醫療與社會服務。

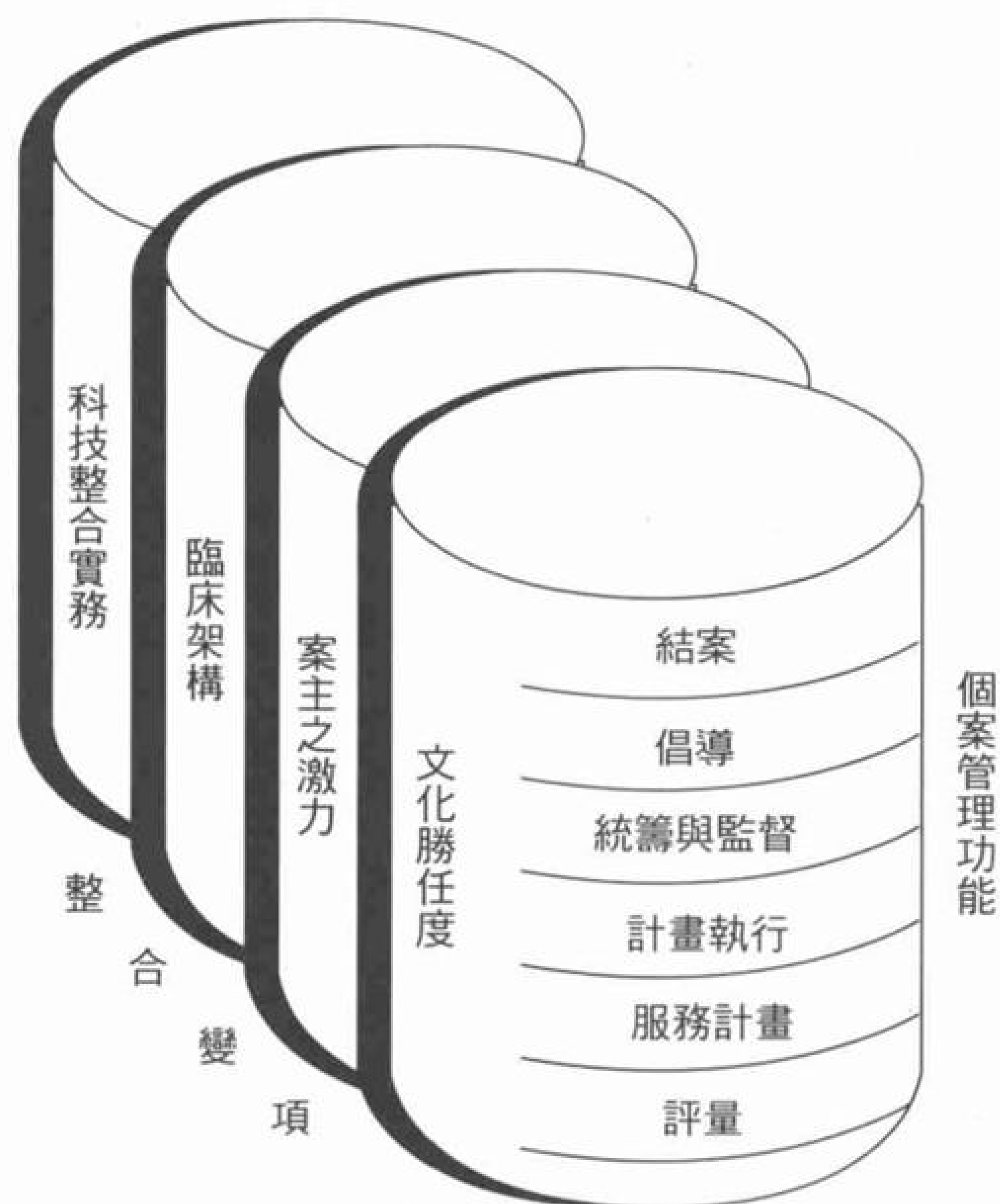


圖12-5　確保品質之個案管理實務模式

（三）其他工作模式：

1. 自我肯定模式：著重於評量案主之問題或缺點，使用個案管理團隊是此模式成功之要件。
2. 復健模式（Rehabilitation Model）：著重使用正式社區服務網絡來滿足案主的需求，尤其是復健方面。
3. 優點轟炸模式（Strength Model）：有基本假設即（1）有能力生活者必有能力使用與發展自己的潛能，並可取得資源。（2）人類行為大多取決於個人所擁有的資源。
4. 通才模式（Generalist Model）：著重在評估案主的問題與缺失，給予個案管理者相當程度之權威，並運用正式服務系統來滿足案主需求。
5. 臨床個案管理模式（Clinical Case Management Model）：強調案主與個案管理者之間的關係，即二者之互動現象，透過這種互動來處理案主的需求與問題（潘淑滿，2000）。

第五節　特殊教育早期療育與個別化家庭支持及教育計畫

身心障礙者福利服務措施大略可分為身心障礙兒童的早期療育、身心障礙者在宅服務與福利機構設施服務、社區福利服務及僱用就業服務等等，而早期療育卻又與特殊教育、家庭等有關。

一、身心障礙兒童的早期療育

「療育」名詞起源於19世紀的歐洲，最初是指治療與教育之意，但後來卻不但含有醫學性治療，而且還含有促進人體健全發達及教育性工作在內，所以療育是包括醫療、扶育及教育三方面的意義，也是此三方面的綜合性福利服務之涵

意。

（一）療育機構——治療與養育機構

1. 收容療育機構——是療育活動包括設施、工作場所。

（1）智能障礙兒童機構，（2）自閉症兒童機構，（3）肢體殘障兒童福利機構，（4）肢體殘障兒童療養機構，（5）盲童福利機構，（6）聾童福利及啞吧福利機構，（7）重度身心障礙兒童福利機構等。

2. 日托療育機構——日托（day care）療育機構，未滿3歲者由母親作陪。

（1）自閉症兒童機構、（2）智障兒童日托機構，（3）肢體殘障兒童日托機構，（4）聽障兒童日托機構，（5）重度殘障委託病床，（6）筋骨萎縮症兒童病床，（7）身心障礙兒童日托機構，（8）身心障礙兒童日托綜合服務中心等。

3. 綜合性保育機構——與社區幼稚園、托兒所結合，促進身心障礙兒童參與團體活動、就學、生活體驗等。

（二）身心障礙兒童的教育

1. 特殊教育

依障礙等級、種類給予不同而適合兒童之各種特殊教育。

2. 養護學校義務化及就學延後與免除制度

（1）學制、教育制度：國民教育全民化、義務化。

（2）實現全體身心障礙兒童就學：各縣市應設置各種養護特殊教育學校。

（3）訂定身心障礙兒童延後就學標準與制度。

（4）訂定免除就學之身心障礙兒童基準：對重度無教育價值障礙兒童可免就學。

3. **身心障礙兒童教育機構**

（1）盲、聾、啞兒童特殊教育

① 種類：以相當障礙而必須專門性援助之兒童為對象，分別給予不同教育，如啟明、啟聰、啞吧等學校及養護學校。

② 教育課程：a.基礎性學習指導如生活技能訓練，b.特別性學習指導，如減輕障礙促進身心發展與健全之指導，c.個別性輔導與教育，如依障礙狀況給予個別輔導與教導。

（2）特殊學級：以中、輕度身心障礙兒童為主，依障礙種類、程度分別教育智障、肢殘、病弱、弱視、聽障、語言障礙、過動兒、情緒暴燥、自閉症等兒童。特殊學級原則上以在一般小、中學校學習指導為主，必要時再給予特別課程指導。

（3）普通（一般）學習指導：以輕度障礙兒童為對象，其任何活動都跟一般小孩一起學習，若有必要即以「普通學級指導教室」（資源教室）來輔導。

（4）綜合教育：為能獲得與一般兒童同樣的學習效果，所推行的教育（江亮演，2002）。

二、個別化家庭支持及教育計畫

（一）家庭支持

美國有關於家庭法案中所謂的「家庭參與」（family involvement）是依據1975年的「身心障礙兒童教育法」（The Education for all Handicaped Children Act 1975）而來。而是在此身心障礙兒童教育法，尤其是強調的「家庭參與」事項中，而提出所謂「個別化家庭支持計畫」（Individual Family support Plan）而簡稱為"IFSP"的法律條文。該法的目的是在確認及發展家庭正式及非正式資源，而這些資源卻是家庭2－5歲障礙兒童發展最需要資源，其內容包括下列幾項：（周月

清，1998）。

1. 有關孩子目前的功能狀況資料。
2. 家庭的強處（strength）及其需要。
3. 家庭及孩子主要達成目標及這些目標確立的指標過程及時間為何？
4. 針對滿足孩子及家庭特別需要的特殊性需求服務為何？
5. 開始的日期及服務的期限為何？
6. 個案管理師的作業大部分與孩子的需求有關？
7. 學前服務轉接（銜接）的支持階段為何？

美國除上述的個別化家庭支持內容外，還有下列幾項：

1. 1982年醫療輔助（Medicaid）開始給付健康照護。
2. 1986年開始暫時兒童照護，對障礙兒童及兒童危機之養護以及提供喘息服務之支出。
3. 1986年針對嬰兒及其家庭提供早期介入服務及支持以家庭為中心方案。
4. 1989年的母子健康照護補助方案，提供家庭為中心，社區各基礎的協調照護。
5. 1990年立法規定各州成立發展障礙的政府計畫委員會（Governor's planning Council on Developmental Disabilities），各州成立普及性保護及倡導體系，以及與各大學合作成立大學聯合方案（University Affiliated Program）。

不論如何，個別化家庭支持服務方案，其指導原是1.以家庭為中心的服務原則，2.家庭增強與家庭自決，3.家庭參與原則等。

（二）教育計畫

我國的特殊教育與計劃性教育，1970年頒布「特殊教育推行辦法」第2條所指的特殊教育對象包括下列七類：智能不

足者、視覺障礙者、聽覺障礙者、語言障礙者、肢體障礙者、身體病弱者、性格或行為異常者。1977年頒布「特殊教育推行辦法」第2條所指的特殊教育對象包括下列九類：資賦優異者、智能不足者、視覺障礙者、聽覺障礙者、言語障礙者、肢體殘障者、身體病弱者、性格或行為異常者及學習障礙者。1979年所頒行「國民教育法」第14條， 1982年「強迫入學條例」所指的特殊教育對象乃指資賦優異者、智能不足、體能殘障、性格或行為異常之適齡國民，而在1984年的「特殊教育法」第1條即指出除資賦優異外，適用對象為「身心障礙」之國民；第15條明文規定所謂之「身心障礙」指具有以下情形之一者；智能不足、聽覺障礙、視覺障礙、語言障礙、肢體障礙、身體病弱、性格異常、行為異常、學習障礙、多重障礙及其他障礙。1997年修正特殊教育法第3條增加

表12-2　特殊教育法規對障礙者的分類

1970年特殊教育推行辦法第2條	1977年特殊教育推行辦法第2條	1979年國民教育法第14條等	1984年特殊教育法第15條	1997年特殊教育法第3條
「特殊兒童」指： 1. 智能不足者 2. 視覺障礙者 3. 聽覺障礙者 4. 語言障礙者 5. 肢體障礙者 6. 身體病弱者 7. 性格或行為異常者	特殊教育對象為： 1. 資賦優異者 2. 智能不足者 3. 視覺障礙者 4. 聽覺障礙者 5. 語言障礙者 6. 肢體障礙者 7. 身體病弱者 8. 性格或行為異常者 9. 學習障礙者	特殊教育對象為： 1. 資賦優異者 2. 體能殘障者 3. 智能不足者 4. 性格或行為異常者	「身心障礙」指： 1. 智能不足者 2. 視覺障礙者 3. 聽覺障礙者 4. 語言障礙者 5. 肢體障礙者 6. 身體病弱者 7. 性格異常者 8. 行為異常者 9. 學習障礙者 10. 多重障礙者 11. 其它顯著障礙者	「身心障礙」指： 1. 智能不足者 2. 視覺障礙者 3. 聽覺障礙者 4. 語言障礙者 5. 肢體障礙者 6. 身體病弱者 7. 嚴重情緒障礙者 8. 學習障礙者 9. 多重障礙者 10. 自閉症者 11. 發展遲緩者 12.其它顯著障礙者

資料來源：周月清，1998，身心障礙者福利與家庭社會工作，五南

自閉症，並另以「嚴重情緒障礙」和「發展遲緩」取代「性格異常」與「行為異常」，同時將智能不足改為「智能障礙」。

以上這些法規或教育方案都是有計畫性促進身心障礙受適當教育與訓練，保障身心障礙者受教育的權益。其特殊教育法規對障礙者分類，如表12-2。

第六節　身心障礙者的社會重建服務

自從工業革命（Industral revolution）以來，社會產生劇烈的變遷，社會、經濟的結構大變，不但技術的革新、組織的改革，而且價值觀念的改變更是社會變遷（Social Change）的原動力。但是工業革命所帶來的社會結構的巨變，使勞資之間的鴻溝日深，農民及無技術性工人成為依賴工資的領薪階級（Wage Earners），農村因工廠的侵入而飽受空氣、水質、土壤等污染及地層下陷等公害的破壞而致使鄉（農）村人口的流失，都市急速的人口集中，造成都市化、工業化，自動化等的社會變遷，而產生：1.都市傳統社會結構的解體與個人主義的盛行。2.資本主義的發展與依賴資本主義的生產流程結構等問題。3.都市問題叢生如犯罪、交通、色情等社會問題。

無論是鄉村或都市，其社會變遷所帶來的社會問題在鄉村最明顯的問題是鄉（農）村經濟結構的崩壞，而造成青壯年人口的外流，使家庭結構的改變，致使鄉（農）村人口結構的變化，老弱、殘疾或婦幼的人口比例增高。而在都市雖年青人口流入，在人口結構較為年輕化，但社會弱勢族群的老弱殘疾不幸國民，卻因都市出生率的降低而相對的提高，也造成都市的社會問題：尤其身心障礙不幸國民問題，更為

先進發展的國家所重視。所以，身心障礙者是更須要「社會重建」。

重建（reestablishment）是把已喪失的機能、功能回復、復原之意，所以社會重建（Social reestablishment）是社會學的專有名詞，是把社會所喪失的功能，如社會道德、倫理、社會秩序、社會善良風俗習慣、社會制度等恢復，重新再出發，使社會恢復原來的安和樂利的社會之意。而用在身心障礙福利方面的社會重建亦稱為「社會復健」（Social rehabilitation）或「社會復歸」（return that society）是指回復所喪失的機能，即回復原狀之意，也就是為回復病患、身心障礙者的生理或心理的功能，促進其社會性、經濟性生活之自立更生為目的所推行之各種醫學上治療，生活知識與技能上教育與訓練的一種過程或現象。因此身心障礙者的社會重建其內容，不但包括療育、更生、社會復歸；而且還包括職業或經濟需求與其優先權在內，以促進回復重新成為社會成員。

一、身心障礙者療育與特殊教育

（一）身心障礙兒童的療育

身心障礙兒童必須早期發現早期治療與矯治以及教育，如此才能減輕個人痛苦、家庭、社會以及國家的經濟負擔。

1.身心障礙兒童的治療或療育機構

身心障礙者兒童的治療與療育合併的機構包括：（1）智障兒童治療、矯治、療育機構，（2）自閉症兒童治療、矯治機構，（3）肢體障礙兒童矯治、療育機構，（4）肢體障礙兒童養育機構，（5）智障兒童療養機構，（6）盲童療育機構，（7）聾童療育、矯治機構，（8）重度身心障礙兒童療養、訓練矯治機構，（9）其他。

2.日間照顧（日托）療育機構

若未滿3歲障礙兒童者由母親作陪接受療育。其機構可分為：（1）自閉症兒童日托療育機構，（2）智障兒童日托教育、訓練機構，（3）肢體障礙兒童日托療育、訓練機構，（4）聽障兒童日托療育矯治機構，（5）重度障礙兒童委託療養病床，（6）筋骨萎縮症兒童之治療病床，（7）身心障礙兒童日托療育機構，（8）身心障兒童日托綜合服務中心，此種機構附（置）醫師，各種治療師，目的為達早期發現，早期治療崇旨。

（二）身心障礙兒童之特殊教育

1.身心障者教育制度，如前述：

（1）特殊教育：依障礙等級種別給予不同必要教育，不但能在一般學級指導，而且對無法達到充分教育效果之兒童學生，也能發揮其最大限度能力實現其社會性之自立與參與的可能為目的之一種教育制度。不過最近有將障礙兒童教育替代特殊兒童教育現象，主要是特殊兒童教育包含天才兒童，為區別兩者之不同而把它分為天才兒童的特殊兒童教育與為障礙兒童的障礙兒童教育。

（2）養護學校義務教育化或就學延後或免除就學：除對無教育或訓練價值之重度或雙重以上的智障、肢殘以及病弱等兒童給予義務教育延後或免除外，一般或收容於養護學校之兒童學生應一律義務教育化，所以必須健全下列制度：①推行學制教育制度－國民教育全民化。②實現全體障礙兒童就學－各縣市應設置各種養護學校。③有必要建立延後或免除就學的基準與制度。

2.障礙兒童教育機構與教育課程，如：

（1）分類與分別教育：分盲、聾、啞以及其他有關之專業教育、訓練與養護，推展必要之教育。

（2）教育課程：盲、聾、啞等學校及養護學校，以學習指導綱領為基礎，並推行養護、訓練等特殊（別）的指導，並盡量減輕其障礙促進其身心發展。同時應考慮其障礙特性而推行職業教育與醫療保健有關的「健康管理」課程。

3.特殊學級如前述：

以中、輕度障礙兒童為主，依其障礙種類、程度分別教育，如對智障、肢殘、病弱、虛弱、弱視、聽障、語言障礙、過動兒、情緒暴燥、自閉症等兒童分類分班教學。原則上其教學是以一般小學、中學等學習指導為主，但必要時須再參考盲、聾、啞、養護等學校之指導綱領教育課程，所以有時依一對一的需要而配置人員。特殊學級其種類可分為：（1）普通學級以輕度障礙兒童為對象，任何課程、活動都跟一般常態小學、中學生一起學習。（2）綜合教育學級：是為障礙學生能與一般學生同樣學習與效果所推行的教育制度。（3）高級教育：各種學校合併之專校及各大學入學保障如盲聾啞學校之針灸、按摩等專校學院學生之入學以及各公私立大學升學等。

二、身心障礙者更生服務

身心障礙者更生服務（After service）是為避免身心障礙者再度受害或減輕其身心障的壓力而運用社會力量，予以保護與輔導，促進其社會適應，過著安舒美好的社會生活。其保障服務方法可分為直接服務、間接服務、暫時保護服務等，以解決身心障礙者的就醫、就學、就業、就養以及其他如居住與無障礙環境等等的權益問題。（江亮演，2000）

三、社會復歸（return that society）

如前述：即恢復以往之身心障礙生活的社會制度，家庭或經濟、文化結構，使身心障礙者回復到原本的社會環境，使其更能發揮其潛能，成為一個適應良好的社會成員。所以身心障礙者的社會復歸是著重在早期療育、障礙者教育以及職業訓練與就業輔導、在宅或收容機構服務、家庭社區照護外，更須要恢復善良的風俗習慣，守望相助、有病相扶持，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養的大同社會，尤其對身心障礙者應視為同一般人一樣擁有應有的一切權益而加以保障，並對其個人的尊嚴或人格應給予尊重，如此才是真正的身心障礙者的社會復歸真諦。

四、身心障礙者就業的社會重建

（一）發揮就業服務的角色、功能與事業倫理

1.工作人員角色與功能

（1）做為身心障礙者就業的復健諮商師（Rehabilitation Counslor），應做好接案、評估、診斷與職業介紹工作的個案管理者工作。

（2）要明確的規範與職稱專業，做好身心障礙者職業評量者。

（3）負責開發職種，尋找適合工作或訓練、輔導就業的工作發展者或工作訓練者。

（4）做為對身心障礙者職業適應社會適應諮商之心理輔導追蹤輔導者。

2.專業倫理

（1）判斷原則：①案主自主原則，②公正原則，③誠信原則，④平等原則。

（2）內涵：①道德與合法標準，②與案主或其家長等有關者之關係，③對案主之支持與權益之支持，④專業關係，⑤

收費標準，⑥隱私權，⑦評量，⑧研究，⑨專業能力，⑩專業證照。

（二）身心障礙者就業機會發展與資源網絡之建立

1.發展

（1）發展就業工作：①增加障礙者可擔任的職位（業）量，②廣泛收集就業資訊。③主動而經常與有關單位聯繫或拜訪。④其他。

（2）協助雇主規劃聘僱障礙者的策略增加僱用：①適才適所工作，②減少勞資糾紛，③解決雇主勞力缺乏，④雇主用人獲得補助或獎勵，⑤有益資方企業形象之提升。

（3）重視雇主的需求：分析案主工作及媒合工作。

（4）重視工作方法與步驟：試作而知案主之障礙者應具備條件與能力以利謀職。

（5）幫助工作現場每位員工：幫助其他同事即如幫助案主。

2.建立資源網絡

（1）生理上醫療復健機會與服務，（2）傷殘復健器具和輔具，（3）職業重建服務（技能訓練、工作態度與動機），（4）職能評估，（5）職業介紹，（6）障礙者創業與社區就業服務，（7）心理輔導，（8）成人教育機會與管理，（9）家庭生活扶助與休閒娛樂、文康活動服務。

（三）身心障礙者工作技能與相關技能的訓練

1. 直接密集訓練使其行為上的改變。
2. 教導正確的操作。
3. 速度一致的表現。
4. 教導克服困難的步驟與方法。
5. 工作良好表現的鼓勵與獎勵。

6. 工作行為的支持與社交的支持。
7. 交通方面及休閒活動方面健康方面的照顧服務。

（四）其他

如研究障礙者社區文化就業服務模式或生態模式的職業評量（家庭、學校、職場、社會文化之物理與心理條件）、障礙者生涯規劃與支持系統等（勞委會職訓局，1998）。

五、身心障礙者之經濟需求保障

（一）年金

1. 國民年金：國民年金亦稱基本或基礎年金，是保障全體國民遭遇老年，殘障（身心障礙）或死亡者之遺屬等之危險事故時給予必要之生活安全保護，如可領取老年年金、身心障礙者或遺族（寡婦、孤兒）年金給付等。
2. 勞動意外傷害變成殘廢之殘障年金：如勞動保險期間遭遇到意外傷害或變成殘廢時可領取的年金。
3. 其他有關之年金。

（二）津貼

1.身心障礙兒童生活津貼，2.身心障礙者介護津貼，3.身心障礙者家庭扶助津貼，4.其他有關之津貼。

（三）就業、創業之收入保障

如就業保障、僱用比例保障、創業貸款，減免租稅等等之優待（江亮演，2000）。

（四）其他

租稅之扣除等等的優待。

第七節　身心障礙者的職業重建服務

高度經濟的發展與西方人權思潮的衝擊，使我國身心障礙者的「工作權」逐漸受到重視，「職業復健」（Vocation rehabilitation）的理念才於1990年身心障礙福利法修正案中浮現輪廓。「職業重建」是強調透過有系統的職能評估，來為障礙者發展符合與個別需求的職業復健計畫，並據此提供適切的服務措施，包括職業訓練、生理及心理復健、社會適應訓練，就業安置與追蹤輔導等，以協助障礙者成為社會中具有生產力的一份子，提高其生活素質。

美國自1970年代後期開始，由於障礙者團體及學術界的推動去機構化（deinstitutionalization）、正常化（normalization)及社區化（Community-based）之運動，促使聯邦政府重新檢視整個身心障礙者的職業重建措施，並進行多項改革，其中對於重度障礙者的職業重建模式更有突破，「支持性就業」即是當時用來增進重度障礙者社區參與的一項就業安置措施。1986年在修法當中特別對支持性就業的服務對象，就業安置場所，工時與薪資給予明確的規範。至於「支持性就業」模式所強調的四項基本內涵如下：

1. 其服務對象以重度障礙者為優先。
2. 其工作性質是競爭性，但其薪資給付需符合勞基法。
3. 需在與一般人統合的環境中工作。
4. 提供連續或定期之工作現場的工作技術訓練，且每月至少兩次。

不過其實施過程包括工作機會，工作安置與訓練、後續督導與追蹤以及支持性就業方案之評鑑等，因所涉甚廣必須依賴下列要素配合：1.具有專業素養的就業服務員，2.有效的職業評量系統，3.個別化職業重建計畫，4.健全的支持系統等

（勞委會職訓局，1998）。

一、身心障礙者僱用與職業復健服務

（一）身心障礙者的僱用

1.身心障礙者就業型態

（1）一般就業僱用：①僱用企業之工作人員、公教人員等。②自營商店經營、公司工廠經營等。③保障僱用：福利工廠（庇護工廠）、福利商店員工等。

（2）福利性就業：①授產設施：法定設施。②工作所：法外設施。

2.身心障礙者僱用制度：

（1）僱用政策與措施的訂定，（2）肢殘僱用促進法之修訂，（3）法定僱用率之比例僱用制度之建立，（4）肢殘僱用調整金、報酬獎金、助成金制度之推行，（5）其他。

3.智能不足者之僱用工作（產業）別

智能不足者之僱用種類可分為：服務業、紡織或衣服業、食品或菸酒業、電氣機械或工具製造業、木工或家具業、建築業、飲食或小販等。

4.心理障礙者之僱用

心理障礙者之僱用種類可分為：庇護工廠工作、授產機構工作、公司員工、工商自營業、農牧林漁業、打工、其他，如保母、幫傭等。

5.職業復健（重建）有關法律

（1）國際勞動機構（ILO）1983年通過「職業復健」「身心障礙者僱用」條約。

（2）我國有關之「職業重建推進」「身心障礙者僱用促進」等有關法律。

（二）職業重建服務

1. 國際勞動機構（ILO）1983年通過職業復健（重建）及身心障礙者僱用條約第159條，規定職業重建作為維護身心障礙者適當的僱用目的，是提高身心障礙者就業機會及促進其社會復歸，實現「完全平等參與」的國際身心障礙年理想。
2. 促進障礙者僱用促進法所關的職業重建：1987年身心障礙者僱用促進有關法律內有職業重建推進項目，對就學有困難的身心障礙者重新給予矯治，從就學諮商、訓練、介紹、事後服務等強調一貫服務過程（江亮演，2000）。
3. 職業重建服務模式：（1）就業安置為目標，（2）透過生態評量進行人與事的配合，（3）強調公私立機構間與事業間的合作關係。
4. 職業重建服務的程序：（1）開發就業機會，（2）發展身心障礙者就業安置計畫，（3）擬定身心障礙者就業服務計畫，（4）訓練工作適應能力，（5）追縱輔導，（6）成果彙報等。

二、身心障礙者的福利性就業

（一）授產設施制度：

1. 作為對生活貧困障礙者解決生活之對策。
2. 肢體殘障者授產設施的設立。
3. 授產設施的種類應包括農牧、漁業、林業、礦業、工業、商業等產業。

（二）授產設施的動態：

1. 福利工廠（庇護工廠）與僱用保障。
2. 授產設施利用。

3. 工作內容，因地而異，主要工作內容包括紙工業、裁縫、電器組合、農耕、印刷等。
4. 授產設施新潮流，最近授產設施新潮流：（1）打散障礙者類別而傾向「混合利用」並向身心障礙者設施去發展。（2）設施較不足地方，以小規模工作場所代替並以分廠方式辦理。
5. 從授產而向勞工生活與社會參與的綜合性設施去發展。

（三）授產設施制度的改革：

依時代需要而改進。（圖12-6）

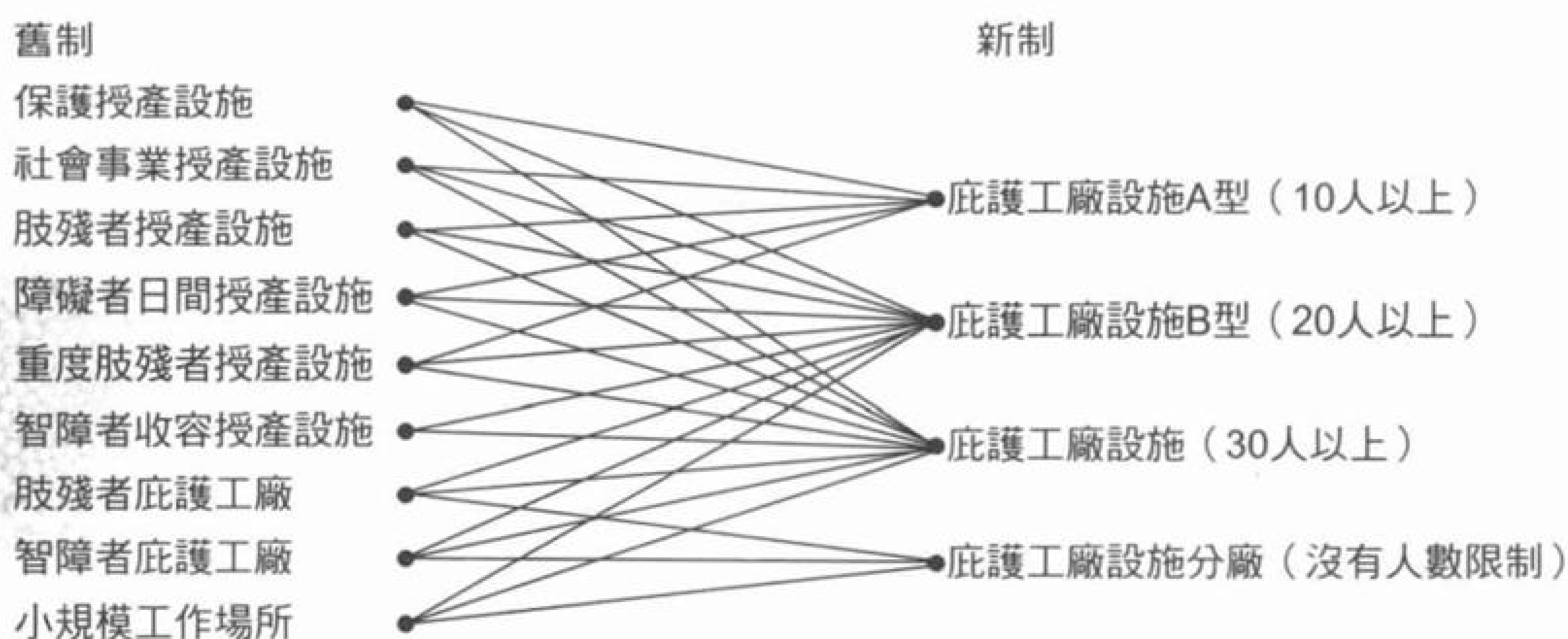


圖12-6　新舊制之授產設施

（四）授產設施制度之檢討：

1. 設施功能明確化：應重視工作勞動與社會參與以及技能訓練與福利之功能。
2. 住與工作分開與生活層面之充實。
3. 其他：如工資支付與費用徵收應考慮障礙者的方便及收費方式之改進等（江亮演，2000）。

三、其他

如身心障礙者授產設施社區環境的營造或生活環境之改進等。

第八節　無障礙環境與輔具服務

身心障礙者有四個最基本的障礙：1.物質性障礙如交通、建築物等有關的障礙。2.制度性障礙如資格有關的限制。3.資訊性（文化性）障礙如點字、手語有關的障礙。4.意識性障礙如殘障者庇護保護有關的障礙等。

我國為因應身心障礙者之上述障礙，在身心障礙福利法中或多或少都有規定條文，尤其是無障礙環境，如該法第23條規定新建物、活動場所及交通工具，應設置便於身心障礙者行動及使用之設備，未合規定者，不得核發執照。建築物應於5年內改善，未改善者應撤銷其執照。雖有如此規定，但仍未改善比比皆是，主要是規定過於硬性且未考慮客觀因素，當若定5年內未改善者罰鍰即較易執行。又在我國身心障礙者保護法第2條有明定勞工主管機關之權責為：「主管身心障礙者之職業訓練及就業服務、定額進用及就業保障之執行、薪資及勞動條件之維護，就業職業種類與輔助器具之研究發展、身心障礙者就業基金專戶經費之管理，及運用等就業相關事宜之規劃及辦理。」等之規定。

一、無障礙環境

（一）公共無障礙環境

如何促進無障礙環境，使身心障礙者行動及使用各種公共設施之方便，我們可從下列建設去努力：

1. 普設無障礙的步行人行道。
2. 各十字路口設置盲人使用有聲或可觸摸的紅綠燈信號。

3. 公共設施如新設大樓，每日有5千人次乘客以上的車站應設置電梯或身心障礙者專用電梯。
4. 新設置業務窗口之政府機關單位，應設置無障礙環境。
5. 高速公路收費站、加油站、休息站及主要道路之加油站、休息站等，必須有無障礙的身心障礙者專用的廁所或停車位。
6. 全國警察機關應有受理身心障礙者緊急通報的設備。

（二）居住無障礙環境

身心障礙者的在宅生活，也就是居住問題是其社區生活的基礎。所以如何去改善身心障礙者的居住場所，改進其居住無障礙環境是身心障礙福利的主要措施。

1.居住環境須改善的地方依其須改善的順序為：

（1）廁所：身心障礙者居住環境最須改善的是廁所，所以其廁所應有適合身心障礙者方便使用的無障礙設備。
（2）浴室：除廁所外，其次就是浴室，必須適合身心障礙者使用。
（3）廚房：要有身心障礙者能方便使用之無障礙廚房。
（4）寢室：應有身心障礙者舒適而使用方便的寢室。
（5）大門：身心障礙者能自由出入方便的無障礙大門。
（6）階梯：身心障礙者應盡量住在一樓，否則應有方便身心障礙者上下的無障礙階梯。
（7）走廊：應適合身心障礙自由行走的無礙走廊。
（8）其他。

2.住宅環境改造或改善條件

身心障礙者住宅環境之改造或改善必須考慮下列條件：（1）舒適，（2）身體狀況，（3）建築地基、結構、設備、法規，（4）家族人數，成員組成，（5）經濟（費用），（6）

其他，如走動方法、輔具、停車等。

3.住宅改造、改善輔助制度（江亮演，2000）。

（1）貸款制度：身心障礙者住宅改造或改善優惠貸款、肢體殘障者更生資金貸款。

（2）住宅改造、改善費用補助制度

① 浴室、廁所、門窗、寢室之改善費補助：以6歲以上，下肢重度殘障或須輔具者為對象。

② 廚房改善費補助：以18歲以上，下肢重度殘障又須從事家事者為對象。

③ 室內移動設備費補助：以6歲以上無法步行，下上肢或脊椎障礙者為對象。

二、輔具服務

為恢復身心障礙者原有或應有的生理或心理功能，促使其生活或就業維持或接近與一般正常人同樣，減輕與身心各方面的障礙，輔具是最適合最能發揮功能的一種活動或生活的工具。所以輔具對身心障礙者來說，不但可以節省許多醫療復健的成本，而且還能「立即」「有效」的改善身心障礙者所須的生活功能。因此輔具服務，除應消極考慮到有效增進身心障礙者生活上的便利性外，同時也要積極考慮到幫助身心障礙者生活獨立的自主性，如此，不僅可提昇身心障礙者的人性尊嚴，並且亦可增進整個社會的經濟利益。

（一）身心障礙者輔具研發之困難（圖12-7）

1. 各種資源整合度不夠：產業、學術及醫療單位間的整合不夠。
2. 學術研究與產業界製造無法滿足需求：學術界研究與產業界製造未能配合身心障礙者的需求。

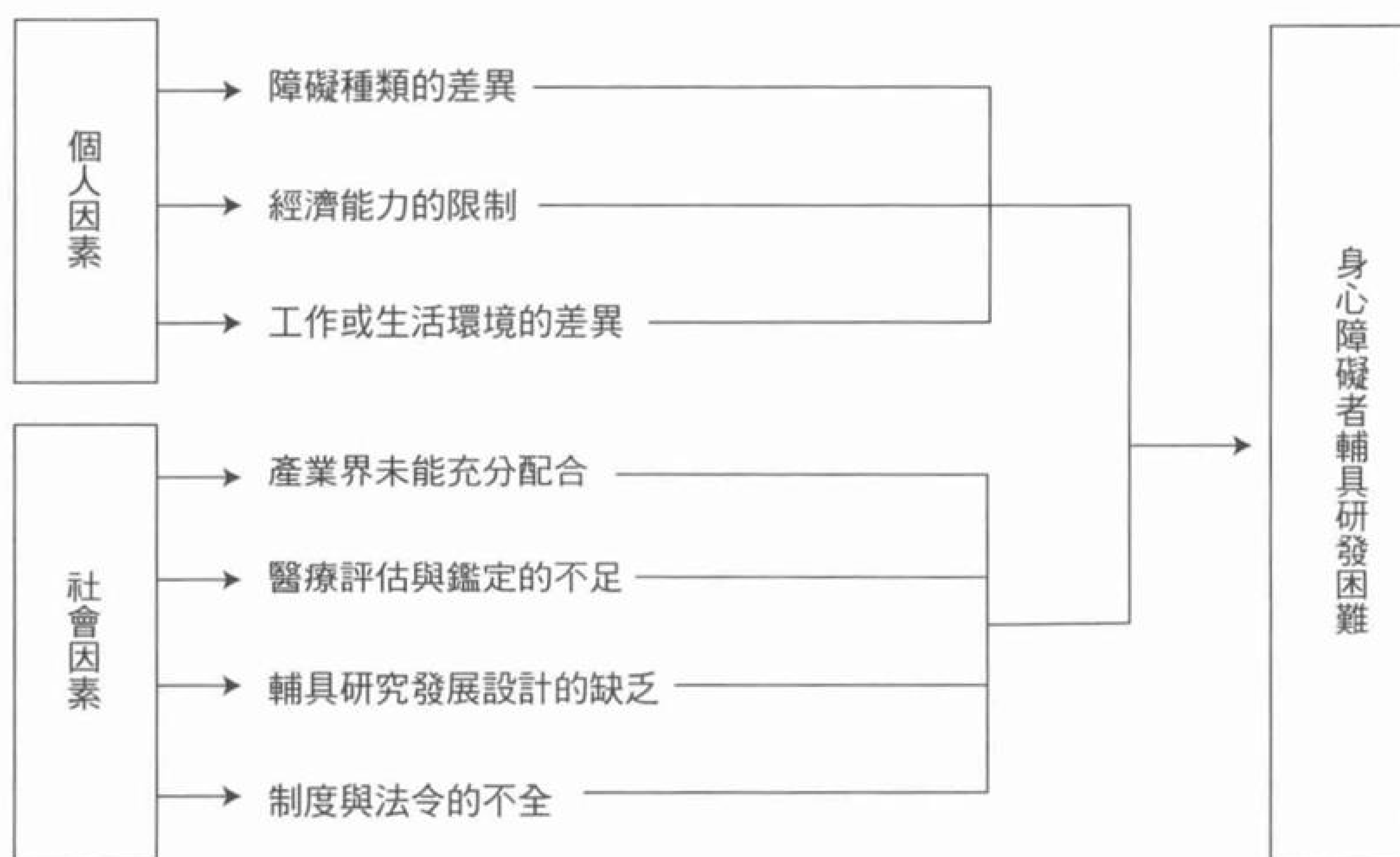


圖12-7　身心障礙者輔具研發困難之因素

3. 研究人才與製造者未積極投入：研發與製造商未積極投入身心障礙服務行列。
4. 市場過小，研究或製造意願不足：市場經濟利益過小，開發製造意願不足。

（二）政府應提供輔具服務

1. 針對身心障礙者需求研究開發其生活有關的各層面輔具。
2. 明定合理或理想的方便取得輔具的流程與方式。
3. 設置輔具使用諮詢與維修等「整體」或「整套式」的輔具服務單位（鄭誠功，1999）。

（三）應提供輔具之選擇與種類

政府或民間團體應提供身心障礙者使用之輔具有下列選擇與種類：

1.工作用輔具之選擇

工作用輔助性設備與器具的選擇須考慮：（1）完整的考量與評估。（2）工作需求的考量。（3）工作用輔具本身的考量。

2.工作用輔具之種類

工作用輔具依工作種類、身心障礙者的能力之不同而異，故工作用輔具之類別及改造都非常個別化，其種類：

（1）電腦用輔具：如電腦傷害預防性輔具、無障礙電腦人機介面、鍵盤保護框、嘴桿、手桿、頭桿、減敏感鍵盤、迷你鍵盤、超大鍵盤、筆式數位板、視覺掃描輸入、電腦擴視系統、點字輸出系統、聲音輸出系統、點字印表機等。

（2）身心障礙者溝通用輔具：如溝通卡、助聽器、電話擴音器、遠距離通信系統、環境警告系統、電話支持物與電話彈夾、耳機式電話、盲人專用電話或電腦，不同類型的筆及握筆器、寫字輔助器、重量筆及手部固定器、動作手臂、上臂支撐架、電動翻頁機及書籍支持物等。

（3）視覺障礙者輔具：如各類型放大鏡、電腦擴視系統、筆記型文書處理機、點字盤或點字打字機、有聲計算機、字體放大計算機或電話鍵盤、盲用手錶等。

（4）行（移）動、交通及環境控制用輔具：如汽車駕駛盤握柄、動力方向盤，車頂加高、聲音驅動裝置、改裝摩托車、各式輪椅或助行器、站立式輪椅、無障礙環境控制系統、自動機械工作站、輪子小推車、長柄取物夾、站立椅或高腳椅、調整型桌子等。

（5）學習用輔具：溝通、閱讀、書寫有關的輔具。

（6）休閒娛樂用輔具：球類、棋類…等。

（7）物理治療訓練用輔具與職能治療訓練用輔具。

（8）家庭或生活必須的輔具：如加粗把柄之工具及符合人體

工學設計之工具、各類型剪刀、盒子組裝機架、噴罐按壓器、伸縮清潔把、固定刷子、特製切板、電動食物處理機、麵包或火腿切片機、茶壺傾倒座、開罐輔助器、上臂及手腕支撐架等（張或，1998）。

（9）其他：如衣、食、住、行、無障礙空間等有關之生活輔助用具之提供與開發。

第九節　身心障礙者在宅（家庭）服務

一、支持社區生活之身心障礙者福利的服務過程與特徵

（一）從「在宅」轉移到「在宅福利」服務：除機構收容者外，其他障礙者以在宅福利方式給予必要之在宅福利服務。

（二）從「在宅福利」轉移到「社區福利」服務：除受在宅福利服務者外，可利用日托（day care）等機構，給予緊急、暫時性或其他須長、短期照護之障礙者保護。

（三）其他。

二、身心障礙者在宅福利服務措施

（一）諮商、診斷與調查

1. 晤談與指導。
2. 健康檢查。
3. 巡迴療育諮商服務。
4. 建立諮商所關網站。
5. 障礙者福利電話。

（二）減輕障礙

1. 更生、育成、矯正之醫療、教育與其他矯治。

2. 輔具給與及修護。
3. 日間照護（day care）。
4. 日間托育。
5. 日常生活用具或其他必要輔具之提供。
6. 重度障礙兒童日托示範中心（生活訓練、日常生活常識學習）。
7. 身心障礙兒童早期或短期療育。
8. 提供身心障礙者營養與健康服務。
9. 提供障礙者家庭與其他有關機構、機關的各種必要福利措施之協調。
10. 在宅醫療保健訪視與治療服務，以及心理治療與日間醫院照顧服務。
11. 提供障礙者特別住宅、團體福利之家。
12. 社區或福利機構收容障礙者給予照顧養護服務。
13. 提供身心障礙者家事之在宅福利服務與代障礙者洗衣服務（laundry）。
14. 提供免費或低費之飲食服務。
15. 提供身心障礙者可利用之障礙者俱樂部服務，供障礙者閒談、娛樂、飲食、參觀旅行等等之場所或機會。
16. 推行身心障礙者寄養家庭（boardingout）及友愛訪問（good neighbour scheme）工作。
17. 其他：如便利身心障礙者對外交通等。

（三）在宅照護

1. 在宅介護或援助服務。
2. 身心障礙兒童短期收容。
3. 身心障礙兒童社區療育。
4. 特別障礙者福利津貼。
5. 身心障礙者在宅扶助服務（醫療、家事、生活津貼、住宅

房屋津貼等服務）。

6. 身心障礙者醫療協助（救助）與醫療照顧（Medicare）。
7. 協助身心障礙者在宅看護（Nursing）。
8. 其他，如改善身心障礙者之伙食營養、保健醫療等等之服務。

（四）心理（精神）障礙者援護收容機構附設團體照護（顧）之家的公、民營住宅（以自立更生為目的－改善家庭環境居住設備等）：

1. 肢殘者福利之家。
2. 智障者社區生活援助保護之家。

（五）就業：

1. 職親制度：由父母作陪，教育訓練與培養肢殘或智障者自立更生之知識與技能。
2. 智障者社會適應訓練：如人際關係之訓練以及訓練其特久力、集中力以及適應生活或社會環境之能力（江亮演，民89）。

（六）社會參與

1. 日托：社區重度障礙者之日托服務，給予障礙者增強身體機能、社會適應能力、入浴、飲食等能力之訓練，同時給予必要之飲食入浴等服務。
2. 社區參與促進事業，如身心障礙者運動大會及社區志工服務等等。
3. 提供身心障礙者社區日間支援服務之宿舍。
4. 肢殘者日間授產設施，如農業、漁業、林業等等。
5. 肢殘者自立支援，提供公營住宅、肢殘者福利之家等服務，若重度者即提供專任團體介護者服務。
6. 在宅重度障礙者日間援護、支助保護之服務。
7. 肢體障礙者運動會。

8. 各種障礙者福利委託事業。
9. 智障者日間服務，訓練智障者文化性活動機能，提高其自立生活能力。
10. 智障者小型庇護工廠。
11. 肢障者小型庇護工廠。
12. 智障者日間授產服務。

三、社區身心障礙者生活支援

（一）從家庭介護轉變為障礙者或家庭生活的自立，即以社區支援方式進行。

（二）以須很多支助的障礙者生活為重點，而加以開發，如：

1. 以重度障礙者為對象，落實其生活條件，推展在宅福利，並且設置重度障礙者日間照顧服務中心，服務重度障礙者。
2. 設置社區團體之家或社區福利之家，確保障礙者生活支援功能。
3. 派遣照護團體，協助障礙者福利之家或障礙者公營住宅之福利服務。

（三）其他，如綜合性生活支援體制之設立即：

1. 在宅障礙福利服務之活用及其有關者之協調。
2. 綜合性服務，包括障礙者之諮商、生活支援、情報提供等服務。
3. 鄉鎮市區障礙者生活支援事業之積極推動。
4. 檢討各地方政府所推行的障礙者生活支援之水準。
5. 社區庇護工廠財政問題、工作環境等情形之了解。
6. 社區居民對身心障礙者支援支助情形之檢討。
7. 運用各級教育資源，尤其空中教學或教材利用情形之了解與加強運用（江亮演，2000）。

第十節 身心障礙者福利服務的成果評鑑與管理

一、成果評鑑

(一)身心障礙者福利成果評鑑的意義與模式

1.意義

身心障礙者福利成果評鑑是指接受服務的身心障礙者其所重視或必須解決的問題是否達成之意。所以它是方案評鑑的一種，也是分析方案的效果、影響與成本效益的一種過程。

2.模式

身心障礙者福利成果評鑑模式（圖12-8）：

此模式其特質：

(1)機構的任務和目標是方案的動力。

(2)機構的介入或所提供的服務應該反映該機構的任務和目標。

(3)有價值且客觀的個人參照成果與適應行為和角色地位是有相關性。

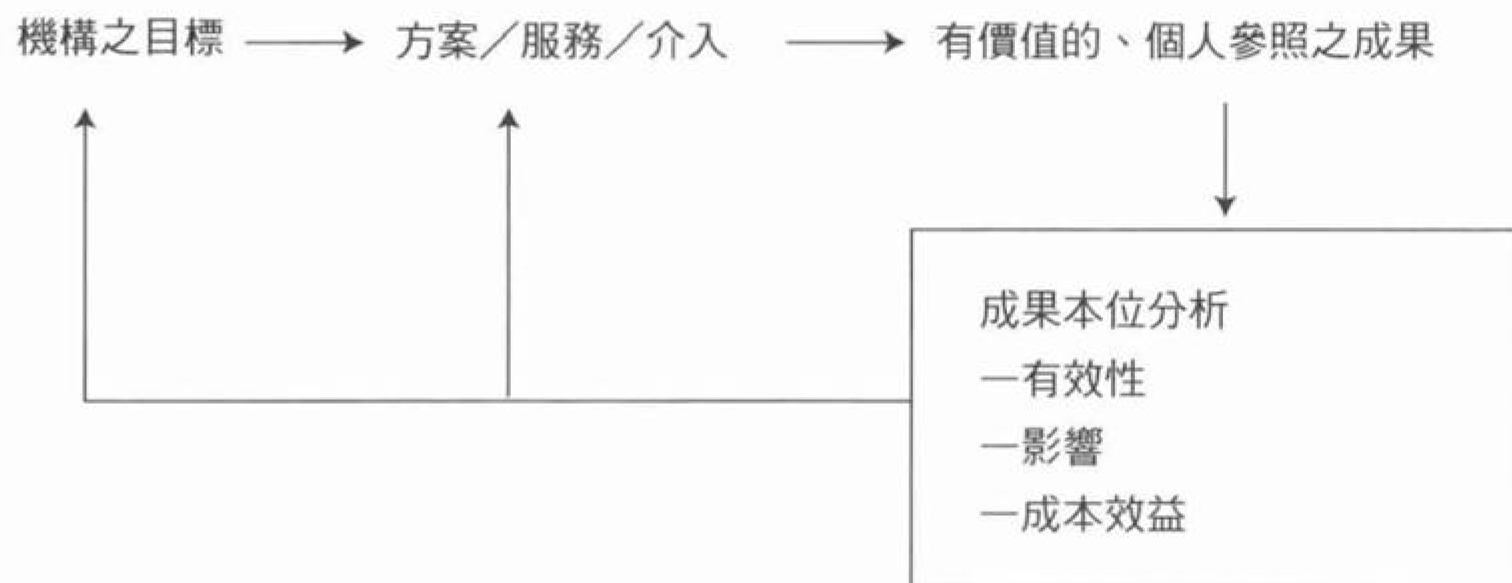


圖12-8　成果本位評鑑模式圖

資料來源：勞委會職訓局1997年就業輔導類第六十三輯成果本位評鑑P.18

（4）形式性回饋為主事者，在方案設計與管理提供系統的評鑑和方案改良是期望達到有關個人之效益保證與改進。（勞委會職訓局，1997）。

（二）身心障礙者福利服務成果評鑑的目的

1. 提升服務品質：品質革命時代，著重生活品質，品質改良技術、品質管理技術以及品質確保等。因此，在身心障礙者福利服務中更須滿足身心障礙者之服務提供，與效果以及服務品質的要求。所以服務品質與品質效益，應是成果評鑑主要原則。
2. 受服務者的授權賦能：我們社會最應講究公平性，客觀性、合理性，若合乎這些原則我們應支持，所以評鑑應以有價值、個人參與之成果為重點，如此，才是盡職的專業人員。
3. 增加可靠性：評鑑是在被服務者受益，組織的有效性和效率上去追求其可靠性。
4. 支持（模式）：評鑑是富有彈性不僅是分析方案的效果、影響與成本效益，而且也是一支持性評鑑即對有特殊需求者的看法與對被服務者服務方向，都很重視而作必要的改變，這種改變就是支持模式（schalook, 1995）。
5. 實用：評鑑是有解決問題的實用性，故常使受服務的身心障礙者對方案評鑑的價值和成果達到一致的看法。
6. 增強功能：成果評鑑重在適應性行為和反映其功能增強的角色地位，例如身心障礙之服務過程應有下列四階段，即病理→損傷→功能限制→身心障礙。病理是在細胞與組織之層次上的不正常，這種病理上的毛病對器官或器官系統造成損傷，而此損傷造成了器官功能上的限制，此限制影響其社會角色而造成身心障礙。所以提供身心障礙者福利

服務與成果評鑑時必須有正確的認識即：（1）身心障礙者不是固定，也不是二分法而是流動性的、持續性、變動性和一連串的特質演變，而也是依個人的生活環境能否獲得支持而定（Zola, 1993），（2）著重適應行為和角色地位的介入或服務以及支持，若如此即可減少功能的限制。（3）成果評鑑著重在一個人的功能限制之減少而使他的適應行為和角色地位的增強。

（三）身心障礙者福利服務成果評鑑過程

1. **任務與目標：**（1）任務聲明，（2）須與公共政策目標相吻合，如表12-3：
2. **所提供之服務：**（1）所提供的服務是否與方案的任務和目標一致？（2）所提供的服務是否以個人參照的成果為基礎？（3）所用的工作人員是否與任務和目標有關？
3. **個人參照之成果：**當考慮選擇何種個人可參照其成果作為參照之成果基礎時，必須具備下列五個條件：（1）是當事

表12-3　公共法案期望產生的範例

公共法律	預期的成果
障礙者教育法案 （公共法律101-476）	自由，適當的公共教育 個別化教育計劃 個別化家庭支持計劃
1992年職業復健法 修訂案（公共法律101-452）	就業成果（有酬工作） 不遭受歧視 消費者滿意度
身心障礙者法案 （公共法律101-336）	就業 障礙者適用的公共設施 公共服務 交通 電訊溝通
發展性障礙法案 （公共法律101-496）	獨立性 生產性 與社區的整合性

資料來源：勞委會職訓局（1997）就業輔導類第六十三輯成果本位評鑑，P.37

人（被服務的身心障礙者）所重視的，（2）多元化的，（3）客觀的且可測量的，（4）與方案本身有合理的關連性，（5）可作縱貫性評鑑。

4. **資料管理系統**：好的管理必須有完整的好資料，所以資料管理系統須具備下列條件：①以個人為參照的，②完整的，③有時效，負擔得起（時間、金錢、人力可允許），③準確的。

（1）成果評鑑資料之使用與必備資料間之關係：①有效性，②有影響性、③成本效益等：如表12-4。

（2）形成性回饋：可根據回饋資料修正方案之服務或介入，以改進其所期望的成果。資料管理系統的主要功能之一就是為方案主持者和其他重要成員提供有意義的資料，此也稱為形成性回饋。此類的回饋是確定主持者在設計和管理方案時，有更強有力的立場。

（3）內部方案評鑑：使用形成回饋資料也可視為內部方案評鑑。其主要觀點是其組織資料管理系統的一部分，因此，它不需要外在的重複評鑑。所以最合理的評鑑方式還是建立一個持續性的資料管理系統，作為其持續的內

表12-4　成果評鑑資料之使用與必備資料間之關係

成果本位 評鑑分析	資料的需要
有效性	受服務者的特性（年齡、性別、診斷、調適的技術層次、角色） 所接受的服務（評估訓練、介入、支持、服務項目間的協調） 成本估計（每個接受服務的平均成本）
影響性	情況（個人本身的比較、服務前後之改變、縱貫情況之比較） 受服務者的特性 所接受的服務 成本估計（每個接受服務的平均成本）
成本效益	不同的個人參照成果（影響） 情況比較（假設性比較、配對性、實驗性／控制性、方案與其它方式間的比較）

部評鑑基礎。因為內部評鑑是管理科學的一種工具，在一組織內，內部方案評鑑可透過改進服務品質，來達到長期的改變（職訓局，1999）。

（四）身心障礙者福利服務成果評鑑之分析

1.有效性分析：

其步驟：（1）縱貫式狀況分析，（2）目的／所提出問題，（3）評鑑設計，（4）核心資料及其測量，（5）提出結果，（6）結果討論與應用。

2.影響力分析：

（1）成果與影響力之間的差異：①在影響力分析中，成本預估更為重要，因為成本常與方案的強度成正比。②影響力預估，常是建立在成果之間，在統計上平均值的重大差異上，若其間有差異者，如圖12-9：

（2）影響力分析之步驟：①明定目的，②以下一個或多個評鑑設計建立比較體系，③此比較體系如何成立，④描述核心資料，⑤如何分析資料之說明，⑥作影響力與統計

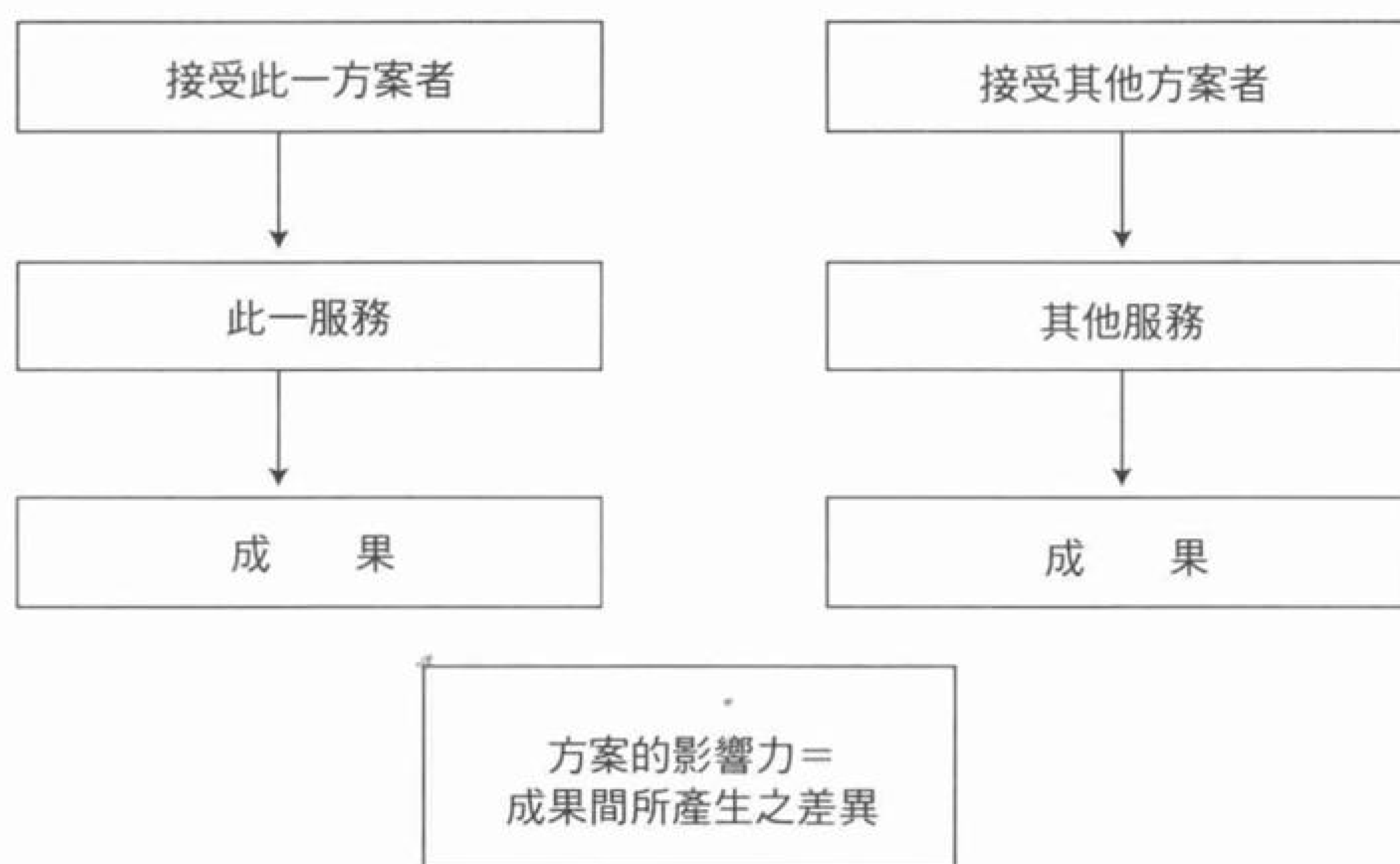


圖12-9　成果與影響力之間的差異

上的重要之說明，⑦將結論作修正的運用。

3. **成本效益分析：**

其步驟：

（1）有組織性比較之設定，被評鑑方案與對應的方案之設定。

（2）分析觀點之定義，分析觀點以社會觀點、參與者的觀點和社會其他份子的觀點為主。

（3）列出期望的影響，如效益、成本。

（4）發展會計架構：①廣博會計架構包括所有的效益和成本。②資源換成本預估：淨現值標準、分析性觀點、對改變的評價、非金錢可測量的效益。③預估效益及成本。④結果呈現及解釋。⑤其他。

（五）身心障礙者福利服務成果評鑑資料收集

1. **參與者特質：**（1）年齡、性別，（2）診斷、評鑑，（3）適應行為和技巧水準，（4）角色地位。
2. **身心障礙者福利主要服務之功能：**（1）評鑑、評量，（2）方案服務，（3）協調經過，（4）持續性支持情形。
3. **成本預估：**（1）資金來源與開支，（2）總成本，（3）平均成本，（4）其他。
4. **個人參照之成果：**（1）身心障礙者所重視，（2）多方位，（3）客觀的，（4）可測量的，（5）與方案有合理相關性，（6）縱貫式的測量。
5. **測量之技術：**（1）標準化工具，（2）表現本位評量，（3）參與者之觀察。
6. **成果評鑑資料收集原則：**（1）資料之量化，（2）資料收集責任者，（3）資料收集的時間、順序，（4）成本與效益情況，（5）資料管理系統標準。

二、身心障礙者福利服務評鑑資料之管理

（一）資料管理模式

資料管理模式應是個別重要資料的摘要或平均值，如圖12-10：

重要資料群

接受服務者之身分證號碼	參與者之特質	重要服務項目之功能	預估成本	個人參照之成果	
				角色地位	適應性行為

1. ______
2. ______
3. ______
4. ______
5. ______

圖12-10　資料管理模式

接受服務者之特質

	年齡	性別	適應性行為技能（水準）	角色地位			
				居住	就業	教育	健康及福址
編號							

	主要服務項目功能（時數）				成本／資金來源資料	
編號	評估	復健	服務項目之協調	持續性支持	平均成本	資金來源

	適應性行為技能（水準）	個人參照之成果 角色地位			
		居住	就業	教育	健康及福址
編號					

圖12-11　資料收集形式之範例

（二）資料收集原則

1. 對每一資料要有明確的操作性定義，如何去測量。
2. 所用的測量法必須有信度與效度，人人可確知，是有建設性的測量。
3. 有收集資料經驗者來收集。
4. 使用標準化資料收集形式。

其資料收集形式之範例，如圖12-11：

（三）資料管理問題

1. 電腦之能力必須重視，其電腦處理資料流程模式，如圖12-12。

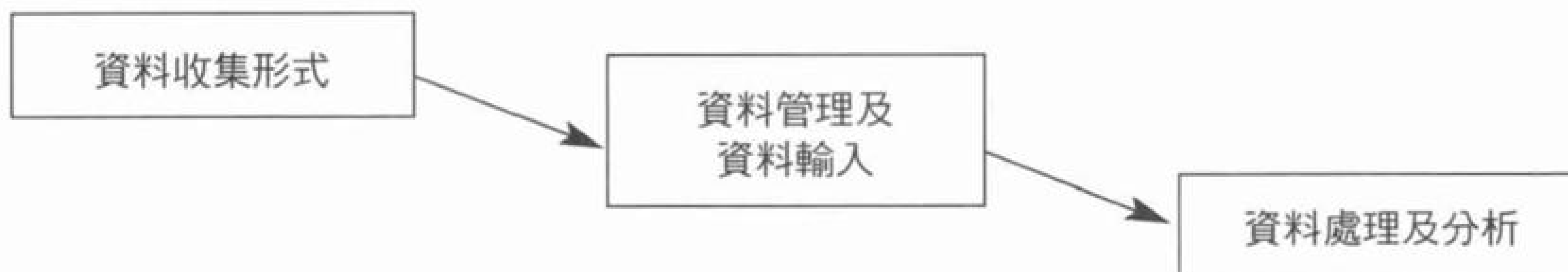


圖12-12　電腦資料處理流程圖

2. 資料庫的充實與適當的管理。

（四）電腦之能力與資料庫之管理二體系之問題

1. 在使用者與發展系統者之間的溝通不良。
2. 使用沒有足夠的知識。
3. 對發展的時間、發展成本，與系統使用的成本都過分樂觀（職訓局，1997）。
4. 缺少使用者的使用性，技術上的支援及對使用者對系統使用的規範缺少指導。
5. 硬體的選購是依預算，而非資料庫之大小、轉換量之大小或統計上之需要來作取捨。
6. 無法做到資料庫之間的統合（整合）。

7. 在表格填寫和資料輸入上，沒有足夠的訓練。

8. 沒有足夠的技術性支持。

以上的困難與缺點，我們必須提出如表12-5建議以補救：

表12-5 克服資料管理系統問題之建議

問題	建議解決之道
使用者與發展系統者之間的溝通不良 缺少有知識的使用者	形成一個發展／應用／審查的聯合專案小組 在職訓練
對發展的時間，成本，與使用上的成本過份樂觀	以實際資料來做成本研究
缺少使用者的使用性，技術上的協助，以及針對使用者所要的結果	系統分享，線上系統
以預算來取決硬體之選購	分很多年來購買／成立基金
無法做到系統間的綜合（整合）	用同一個ID號編，使用的知識與時間有關的資料庫
在表格填寫及資料輸入上缺少訓練	在職訓練
缺少技術上的支援	組織間的支持團體：大學／學院的支持團體／顧問

第13章
身心障礙者福利的未來與展望

第十三章　身心障礙者福利的未來與展望

從世界各國，尤其是先進國家對「身心障礙者福利」的行動計畫或基準規則來看，都有具體明確的身心障礙者福利法規，與相關預算以及服務的對象和內容。不過這些障礙者的福利措施，只重視發揮身心障礙者的潛能，並非超越性生活。

福利先進國家推行「身心障礙者福利」也有其困難之處，例如1.身心障礙者福利機構或社區等之障礙者常遭到被性虐待或暴力，2.社區居民反對身心障礙福利機構建立在社區的社會性排斥，3.巨大經費籌措之困難等問題。所以要順利推展身心障礙者福利也有種種的困難所在。先進國家推展身心障礙者福利都會面臨到上述這些困難，何況舊社會主義、專制獨裁落伍的共產主義國家，由於貧窮少有給身心障礙者醫療矯治、教育以及日常生活知能或謀生的職業等之訓練。

雖然如此，但期望國際身心障礙者福利組織以及各國應嚴禁對障礙者的差別待遇，建立利用者付費、獎助與貸款以及障礙者福利事業公辦民營化之公開競標與委外等的健全制度。所以將障礙者福利之未來與展望陳述如下：

第一節　身心障礙者福利之理想目標

一、正常化

最近幾十年來，身心障礙者福利之新觀念已經登場了，如推行障礙正常化、和能力化、完全參加與平等、促進自立與社會參與、提高生活品質等等。這些都是尊重障礙者的人

權也是為實現障礙者過著正常的人類社會生活之基本觀念。在一般的先進國家其障礙者福利最重要的是「正常化」理念，也就是如何透過福利來促進障礙者的生活，尤其是社會生活的正常化，並以此「正常化」作為現在或社會福利的共同基本理念，而獲得更多的人民支持。

「正常化」是1950年代瑞典、丹麥二國不滿智能障礙者機構之處遇方法而來，尤其對人權侵害的批評最為嚴重。從要求收容機構改革所產生的「正常化」理念，是由社區展開而促使障礙者能跟一般人一樣生活的一種支援體系，經過了幾十年努力之後終於有了很大改進。

正常化其本來的意義是解放在障礙福利收容機構內的障礙院民，而使其以一位居民的社區成員能在社區過著平凡普通生活的一種社會變動或社會改革。正常化是不論重度或輕度的障礙者都能與一般人一樣生活的一種保障，而要實現這樣的正常化，我們每個人在鄰里、社區、職場等地方就要去關心障礙者的日常生活（江亮演，2001）。

二、復健

復健是西洋先進國家老人與身心障礙者福利的一種服務措施，一直到1945年第二次世界大戰之後才傳到東洋來，而東方的日本就是最先從美國引進「復健」技術之國家。我國到1980年頒行「殘障福利法」（現修正為身心障礙保護法）以後才真正有普遍性的「復健」服務，也從此成為老人或身心障礙者日常性使用的方法。雖然如此，但一般人並不瞭解「復健」之本來涵意。身心障礙者福利之目的是促進「身心障礙者的自立與社會參與」，其實「復健」其意涵就是為促進身心障礙者的自立與社會參與之一種支（援）助理念，也是一種的方法。

（一）肢體障礙者的復健機構

因先天的遺傳及後天的疾病或事故致使身體受到損傷殘缺，一方面接受復健的服務，一方面又謀求社會復歸。但是其醫療或復健服務品質對其障礙者今後的生活設計是有很大的影響。

通常復健之機構是以肢體障礙者為對象，做為其自立更生機構所設置，經過長期間獨自推展才完成的。在公立的肢體障礙者復健中心是收容肢體行動不方便者的更生機構及重度肢體障礙者的更生養護機構。

1. **使（利）用者之障礙種（類）別：**（1）更生機構包括腦血管障礙、腦性麻痺、頭部外傷、胸腰髓損傷、頸髓損傷等。（2）重度更生機構包括：腦血管障礙、腦性麻痺、視覺障礙、頸髓損傷、頭部外傷等。
2. **障礙等級類別之結構：**1、2級障礙者是收容在更生機構與重度更生機構，但有重度、重復、重症化的傾向，這是值得我們注意、檢討的地方。

以比較輕度的人為對象之更生機構，接受就業、自立、職業訓練者（輕度障礙者人數）合計約占四成，家庭復歸約占三成。在重度更生機構，家庭復歸機構約占三成、療養養護機構約占一成、重度授產機構約占一成，其他約占五成（等待進入機構療養養護者）。

為了家庭復歸而接受復健服務者是極為重要，其服務內容與復健之後的生活狀況、生活品質是有必要加以檢討改進。

復健是實現障礙者的迫切夢想，也是給他（她）在住慣的社區過著一般人的生活，也就是使其達成社區生活的期望。要使其長久維持下去，除援助其獲得社會生活能力外，別無其他方法。所以復健是強調援助障礙者自立更生，而遏

止進入福利機構接受收容保護的一種方法與策略。

（二）社會復歸的確立

社會復歸其定位是有必要加以研究的，復健是由醫學、教育、職業、社會四個層面所構成，不過我國只看到復健的研究，而確立在實踐體系的醫學和職業二個層面而已。

社會層面即社會復歸其概念或方法還不甚了解，不過一般都把它看做與障礙者福利同樣意義者為多，但也有把它作為治療社會病的廣義解釋。

1986年國際復健協會（Rehabilitation International）的社會委員會發表新的定義。把社會復歸作為提高「社會生活力」（Social functioning ability）為目的之規定，綜合性復健有關之社會復歸其定位是越來越明確。

職業復健是勞動（工）行政的主要措施，中央政府新管轄的復健機構設施是以社會復歸為主軸，再造重度障礙者自立援助場所，這是有必要的。

（三）復健與正常化

身心障礙者福利目的，在身心障礙者基本法或身心障礙保護法中都有「促進障礙者自立與社會參與」的規定。看看身心障礙者福利的基本理念之「復健」與「正常化」觀念，即「復健」主要是與「自立」而「正常化」是與「社會參與」相當。復健與正常化並不是上下，主從的概念，而雙方都是形成身心障礙者福利目的之理念（江亮演，2001）。

第二節　身心障礙者福利計畫之推進

身心障礙者福利最直接最優先的課題是「障礙者的福利

計畫」之著實推行。

一、身心障礙者福利計畫之落實推行

身心障礙者對策有關之計畫（Plan）其最大特色是數值目標的設定，也就是明定具體的策略措施。不過數值目標是牽涉到預算與價值層面，因此，是屬於中央社會福利行政主管機關所管轄，所以其對策有關的計畫策略，即政策與福利措施的訂定與推行的速度快慢及績效之大小，就要看上述主管機關的作為。不過障礙者福利之計畫也有未盡完美，今後有必要重新檢討加以改進。努力負責推展身心障礙者福利政策與措施的國家，不管怎樣怎去落實推行身心障礙者福利的計畫就是其最優先的課題。

二、各級地方政府身心障礙者福利計畫的推行

國家為要達到中央身心障礙者福利政策與行政措施之實現，確保必要之預算財源是最基本方針，而推行專業化的各種政策與福利措施　是各級地方政府應扮演的角色與職責。在我國身心障礙者權益保障法中，各級政府有推行身心障礙者福利政策與措施的義務，例如上述身心障礙權益保障法第2條第1項規定，其所稱主管機關：在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。第2條第2項規定，其所定事項，涉及各目的事業主管機關職掌者，由各目的事業主管機關辦理。

不過從身心障礙者福利計畫的擬訂來看，雖然各級政府有參與長期計畫過程，但仍然有不少問題，如所設定的政策措施其目標其內容並不是很夠標準。事實上有關計畫目標，呈現不少「須檢討」、「繼續努力」、「必須充實」、「要

充實」以及「有待積極推動」等抽象性名詞，除此之外，在所計畫的期間並無具體指出要推行那些事業，其實必須具體規劃推展那些事業是近期內要完成（近程），那些事業是一年以上幾年之內要完成（中程）以及三年以上那些事業要完成（長程）；同時，新規劃事業的計畫極少，如此給人感覺上，雖然推行10年以上障礙者的生活也不會有什麼實質上的提高。因此，接受到國家的身心障礙者福利推行計畫的各級政府，必須趕快修正障礙者福利長期計劃作法，不但要按人口比例手段來算出價值而分配預算，並且還要大力地促進障礙者過著一般社會居民相近的生活水準。而扮演有效提供身心障礙者福利服務角色的是，鄉鎮市區公所，這也是其職責，所以其重要方針為：

（一）依障礙者的種類別、程度等滿足其必要之需求，同時要從講求行政之合理性、利用者之便利性的觀點去對應障礙橫斷面的需要，而與高齡者的福利措施結合並積極去推動。

（二）身心障礙者的政策福利措施關係到很廣的行政領域，因此，必須整合政策措施與相互連帶，而推動綜合性策略與福利措施。

（三）盡力去設定具體目標。

（四）除了重視肢體障礙者福利計畫之外，同時也要重視智能障礙者的福利計畫。

（五）反映身心障礙者個人的意見，應在擬訂計畫過程中有障礙者參與的保障。

從身心障礙者福利政策與措施來看，是有政府把國家的政策與措施委託鄉鎮市區公所去推行的感覺，但在社區福利時代的身心障礙者福利，應該是鄉鎮市區公所才是主角不是受委託，因此，今後的身心障礙者福利計畫政策與措施應由

鄉鎮市區公所來擬訂，這種身心障礙者福利的轉變才是邁向社區福利時代的第一步，希望所有的鄉鎮市區都能早點實現自擬障礙者福利的政策與措施。如此才能結合社會資源而維持障礙者的社區生活（江亮演，2001）。

三、二十一世紀的身心障礙者福利

這幾年修正不少身心障礙福利有關的法律，擴大或強化障礙者福利的長期計畫等等，可以說政府的政策與措施都有顯示的進步。地方政府也為實現或達成障礙者福利具體的政策與措施，花了不少人力、物力、財力，因此可以預期其成效。雖然如此成就，但仍然還有很多課題未解決，是必要加以檢討，如：

（一）身心障礙者福利服務之差距

1. 城鄉差距

身心障礙者福利服務綜合性實施主體之一元化，致使城鄉障礙者福利之差距越來越大，雖然政府口口聲聲要積極使城鄉的福利服務質量接近，但並未做到，希望提出具體積極有效方法，促使城鄉的差距明顯縮小。

通常身心障礙者福利的制度是分為國家的制度、縣市的制度、鄉鎮市區的制度等三層級，而身心障礙者福利服務之城鄉落差，簡單的說是因地方各級政府，依據中央財政援助地方政府獨自事業內的單獨事業其質量的不同，而反映在福利的優先次序（順位）、行政與財政的狀況等各種條件內。地方政府因應居民的要求與希望，提前實施各種單獨事業，也因為如此而排擠其他的福利或其他地區的身心障礙福利事業。這種情形是非常普遍，尤其人民稀少地區更容易被人口密集地方所排擠，而造成城鄉之差距。

由於單獨事業是充實社區福利服務，有充實的社區福利就是因障礙者團體及障礙者關係團體的主體性社會運動所爭取到的實際功效。不但促使社區在地障礙者的福利需求明確化而且向福利服務實際主體的縣市、鄉鎮市區要求時，都是拿其他縣市所實施的單獨事業實績案例作為其說服政府的材料而達到其效果。

要解決障礙者福利服務之城鄉差距者，應從的確有實效性的單獨事業服務項目中，把優先順位高的項目制度化，並且提高國家基本性福利服務，如此才能緩和或解決城鄉之差距。

2. 障礙種類類別間的差距

在障礙者福利服務內容，肢體障礙者、智能障礙者、精神障礙者之間就有很大的差距，各國，尤其先進國家，把肢體障礙與智能障礙個別制訂（定）不同福利法，同時在修正法規過程中，對制訂或修正的要求運動，常常是關係到各種因素，但早點修正是非常須要。障礙種類類別之間的差距，是依肢體障礙者、智能障礙者、精神障礙者的順序有不同落差，但是三者共通的福利服務需要之最高者是最急迫事務。癲癇、自閉症、難病者也包含在障礙者之範圍，但是具體性福利服務方面，卻期待著無明顯區別的服務。因此，就會產生障礙類別間的差距現象。

探究精神障礙的政策與措施之課題，依精神保健法之規定「從精神病院轉移到社會復歸機構」，尤其因應從社會復歸設施，轉移到社區家庭（機構福利轉移到在宅服務）的變遷。所以，必須建立社區生活支援的服務體系即提供各種各樣的多元居住場所、確保勞動的工作場所、各種問題的諮商服務、必要之醫療保健以及保障障礙者的權益等等之服務體制。

為改進各種障礙者之間的服務差距，應制訂以全部所有障礙者為對象之綜合性身心障礙者福利法，使所有全體身心障礙者都能受到應有的服務。

3. 行政政策與措施之間的差距

以障礙者為對象的行政政策與福利措施，都是與中央許多有關機關所關，在實施所管轄的各種事業領域中，有些與其業務沒有關係的工作也編了不少預算，不但與事無補，而且浪用資源，實在可惜。尤其在大都市肢體障礙有關的養護學校，學生每一人平均一年間政府要支出幾十萬甚至幾百萬元，但鄉村的小規模工作場所或庇護工廠，每年每一機構才補助幾十萬元而已，其城鄉行政與福利之補助差距是相當大的，所以除有必要調整城鄉的障礙者生活等之行政政策與福利措施外，同時也必須檢討各種經濟性或效率性的福利措施。

因此要改善城鄉差距就必須從在宅福利、機構福利去建立社區福利服務網。

（二）社區福利

為尊重障礙者人權，實現障礙者生活正常化與自立生活等之理念，必須從機構福利轉向在宅福利，然後從在宅福利轉向社區福利之服務，此為障礙者對策有關的長期計畫，但是這些理念尚未具體化，有待加強去追求實現（江亮演，2001）。

所謂障礙者的父母雙亡後之「雙親亡後」對策，有從年輕時把障礙者送入肢體障礙者療護機構或智能障礙者更生機構的傾向。在「障礙者福利計畫」方面，以增設團體之家及福利之家作為障礙者的居住場所，並提供在宅服務、短期收容（喘息服務）、日間照顧服務之體制等，而充實在宅服務的

計畫。不過收容機構的肢體障礙者療護機構、智能障礙者的更生機構，其員額的增加卻比團體之家、福利之家的員額多得很多，這樣情形，怎能實現障礙者正常化、生活自立化的理念呢？真是矛盾。

等待進入收容機構者是相當多，這是事實，但為解決等待收容的問題而擴增其編制員額，這樣下去，幾時才能落實社區福利服務，促進障礙正常化，生活自立化的理念？所以我們必須：

1.改革收容機構

應把收容障礙者之療護福利機構，改為社區居住場所、自立支援場所以及在宅障礙者支援場所。居住房間全部為個人寢室的小規模（50人以下）綜合型的療護機構。即收容人數最高定為50人，日間照顧使用者30人，其他為短期照顧使用者約20人。表面上是障礙者的療護機構，實際上即與附設照護（介護）的公營公寓很接近。

2.實現不依賴收容機構收容的障礙者福利服務

依賴收容機構的收容者是很多，這是每個國家的實際情形，但為改變這樣的體制，除必須充實障礙者在宅福利服務，加強社區福利服務外，別無其他途徑。我們必須預想推測到10年或20年後障礙者所希望的生活，所以，必須檢討而提出有效的障礙者自立生活支援體系之構想與基本（礎）方案。在建議方面，是不管其障礙怎樣嚴重，都能利用其必要的福利服務，在社區中自己能實現其主體的期望與所追求的「障礙者自立」理想。其自主生活的支援可分為下列幾項措施與原則：

（1）提供各種各樣的福利服務使障礙者能自由選擇所需要之服務。

（2）選擇服務時必須尊重障礙者自己的決定，所以必須提供

所需要之資訊或接納其建議以及保障其學習的機會。
（3）作為障礙者生活的居住場所，盡可能確保在社區裡。
（4）保障障礙者自由移動和溝通之手段，保持其在社區的良好人際關係，提供其能參與社會、經濟、文化及其他所謂主體性社會活動等條件。
（5）為障礙者能達到高度的自我實現，必須保障其參與廣泛的政策之擬訂過程。

3. 為支援障礙者自主生活之服務

各社區必須提供下列的福利服務資源，如：
（1）資訊提供、宣傳廣告活動、各種諮商。
（2）福利之家、生活宿舍、團體之家、肢體障礙者療護機構、智能障礙者更生機構、公營住宅、出張（差）所等之居住場所。
（3）提供多元勞動場所或活動場所（民間事業場所、日間工作場所、小規模工作場所）。
（4）保健醫療服務（嬰幼兒健康檢查、訪問看護事業等）。
（5）維持機能訓練服務。
（6）照（介）護、家事援助服務（在宅服務、輔導服務、短期照顧、日間照顧服務等）
（7）諮商、輔導、社會工作等服務（障礙者諮商、生活輔導、精神暨心理社會工作等）。
（8）保護、鼓勵支援體系。
（9）社會參與支援服務（文化、體育、娛樂、社區交流等）。
（10）教育服務（教育諮商、教育交流、福利教育之充實等）。
（11）雇用、勞動服務（職業重建、職場開拓等）。
（12）福利社區營造等生活環境之提供。
（13）移動、交通服務（附昇降機車輛或汽車）。

（14）為保障溝通手段的服務（點字、錄音帶、手語等）。

（15）住宅改造服務（諮商、改修、改善設備）。

（16）福利機器（輔具）之普及、提供以及使用訓練等之服務。

（17）確保防止犯罪、防治災害等生活上安全之社會安全服務。

（18）擁護權利，財產管理（含信託）等有關服務。

為支援障礙者之自立生活，因此必須擴充社區之服務資源、收容機構社區化與社區新居住場所之轉變、援助自立與社會參與之促進及教育、復健的實踐等，同時我們對可見到的效果之行政政策作大膽變革，而寄於相當強的厚望（江亮演，2001）。

總之，障礙者福利，這不僅是現在擁有身心障礙者的家族之特別課題，所有居民，自己也有可能會面臨到這個課題。障礙者福利之學習是「理解不如接觸」，「談論不如行動」。所以障礙者福利的學習是重視「接觸」與「行動」。無論如何透過與居住在社區內的障礙者之接觸而獲得生活上的實際感受（覺），並冷靜去面對社區福利服務之實況而積極參與障礙者福利服務行列。

我們不但羨慕歐美先進國家的福利服務之水準，而且更要明確了解國內各種差距的實況，去追求國家或地方各級政府的理想福利制度之實現而擴充障礙者福利服務，這才是上上之策。所以我們對障礙者或高齡者不但要尊重其生涯，而且也要使其能安心過著快樂而有尊嚴的生活。

參考文獻

一、中文部分

1. 內政部社會司（1989a），韓國身心障礙福利法，台北市：內政部社會司印行。
2. 內政部社會司（1989b），日本殘障福利法規，台北市：內政部社會司印行。
3. 內政部（1991），中華民七十九年台灣地區低收入戶生活狀況調查報告，台北市：內政部社會司印行。
4. 內政部（1994），全國社會福利會議手冊，內政部社會司發行。
5. 內政部社會司（1992、1997），殘障福利法規彙編，台北市：內政部社會司編印。
6. 內政部統計處（1996），中華民國八十三年台閩地區殘障者生活狀況調查報告，台北市：內政部社會司印行。
7. 內政部社會司（2004），殘障福利法規彙編，台北市：內政部社會司編印。
8. 中華民國殘障聯盟（1994），民間殘障福利需求分析報告，台北市：中華民國殘障聯盟印行。
9. 中華民國視覺障礙人福利協會（1992），視障者福利服務手冊，台北市：中華民國視覺障礙人福利協會發行。
10. 中華民國智障者家長總會（1998），心智障礙者家長法律手冊－讓您的孩子有保障，台北市：中華民國智障者家長總會自印。
11. 毛連塭（1982），特殊兒童的教育診斷，台北市：正中書局出版。
12. 王國羽、呂朝賢（1994），智障國民老化與安置，台北市：中央研究院國際學術研討會論文。

13. 王國羽（1995），殘障的定義系統與社會福利政策的運用，台北市：公共衛生刊行。
14. 王明仁等（1989），兒童虐待、理論與處遇，台北市：中華兒童福利基金會印行。
15. 王本榮（1994），日本早期發現及早期療育制度之介紹，「發展遲緩兒童早期發現早期療育國際研討會」手冊，台北市：中華民國智障者家長總會發行。
16. 王玠、李開敏、陳雪貞（1998），個案管理，台北市：心理出版社出版。
17. 王麗美（1992），國中聽障學生福利需求之研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
18. 王麗美、黃志成（1995），大台北地區聽障者福利服務手冊，台北市：世豐慈善公益基金會發行。
19. 王亦榮（1999），肢體殘障者之教育，王文科主編「特殊教育導論」，台北市：心理出版社出版。
20. 王華沛（1990），台北市國小自閉症兒童教育安置現況調查及其學校生活適應相關因素之研究，台北市：國立台灣師範大學特殊教育研究所碩士論文。
21. 王傳淵（1998），「通報精神病患，每個人都有責任」，台北市：自由時報87年4月20日發行。
22. 史習禮（1990），唐代養老機構之悲田養病坊，蔡漢賢主編「社會工作辭典」，台北市：中華民國社區發展研究訓練中心印行。
23. 白秀雄（1989），社會行政，台北市：中華電視公司教學部出版。
24. 石曜堂（1999），從兒童福利法談我國的早療制度，「發展遲緩兒童早期發現早期療育國際研討會」手冊，台北市：中華民國智障者家長總會發行。

25. 行政院衛生署（2004），衛生白書，台北市：行政院衛生署印行。

26. 台北市立啟明學校（1996）簡介，台北市：市立啟明學校發行。

27. 朱迺欣（1992），植物人醫療行為與社會觀念的徘徊，台北市：健康世界期刊81期。

28. 台大醫院精神科（1986），精神官能症（＝）－如何治療精神官能症，台北市：行政院衛生署印行。

29. 李文瑄、王傳淵（1998），「進入機構治療的精神病友，病情控制也愈理想，反倒是在社區出沒潛在的病患才可怕」，台北市：自由時報1998年4月20日發行。

30. 李乙明（1997），溝通障礙，王文科主編「特殊教育導論」，台北市：心理出版社出版。

31. 李美玲（1996），台北市聽語障者生活狀況暨福利需求調查研究，台北市：台北市政府社會局印行。

32. 李麗玲（1995），智障兒童青少年手足與一般家庭青少年親子關係與生活適應之比較研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。

33. 李鍾祥（1992），身體病弱兒童輔導手冊，台北市：教育部第二次全國特殊兒童普查工作執行小組印行。

34. 江亮演、洪德旋、林顯宗、孫碧霞（1996），社會福利與行政，台北縣：國立空中大學出版。

35. 江亮演、余漢儀、葉肅科、黃慶鑽（2001），老人與殘障福利，台北縣：國立空中大學出版。

36. 江亮演（2000、2001），殘障福利講義，台南縣：長榮大學社會工作學系印行。

37. 江亮演、洪德旋、林振裕、林勝義（1997），社會政策與立法，台北縣：國立空中大學出版。

38. 江亮演（2004），社會福利導論，台北市：洪葉文化出版社出版。

39. 余漢儀（1998），專業與案主之權力互動－以台灣地區精神病患家屬（自助）團體為例，台北市：國科會專題研究計劃。

40. 余漢儀（1998），社會福利政策總檢討－現況與展望，台北市：曠野雜誌第12期。

41. 吳武典、陳榮華（1990），我國殘障福利法執行成效之評估，台北市：行政院研考會發行。

42. 吳武典（1989），智障與多重障礙者之就學問題，台北市：全國殘障福利會議及多重障礙福利手冊。

43. 吳武典（1998），特殊教育行政問題與對策，台北市：特殊教育季刊第68期。

44. 何華國（1998），啟智教育研究，台北市：五南圖書公司出版。

45. 何華國（1999），特殊兒童心理與教育，台北市：五南圖書公司出版。

46. 何明志（1999），活體肝臟移植，台北市：聯合報1999年12月21日刊行。

47. 利慶松（1992），自閉症患者母親之身心壓力、生活適應與服務需求之研究，台中市：東海大學社會工作學研究所碩士論文。

48. 林美和（1996），智能不足研究，台北市：師大書苑出版。

49. 林萬億（1991），社會民主之路或企業自由主義，台北市：全國民間經濟會議論文。

50. 林艷蘭（1983），台北市殘障兒童福利工作之研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。

51. 林寶貴（1990），日本身心障礙者施策基本法，國立彰化師範大學特殊教育中心主編「世界各國殘障福利法規彙編」，台北市：教育部社會教育司印行。
52. 林寶山（1993），特殊教育導論，台北市：五南圖書公司出版。
53. 林幸台（1991），生計輔導的理論與實施，台北市：五南圖書公司出版。
54. 林慶仁（1996），生計發展理論對身心障礙者的適用性探討，中華民國特殊教育學會「特殊教育的學習與轉銜」，台北市：中華民國特殊教育學會出版。
55. 林弘昌（1995），肢體障礙者就業所需之職業能力調查研究，台北市：國立台灣師範大學工業科技教育研究所碩士論文。
56. 林正寰（1993），智能障礙學童課後托育服務需求之研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
57. 林惠芳（1993），智障兒童家庭福利服務供需性研究－以台北市為例，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
58. 林怡君（1999），陽光傷友就業調查，台北市：陽光福利雜誌71期。
59. 林淑英（1992），顏面傷殘者自我概念與社會適應之研究，台北市：國立台灣大學社會工作研究所碩士論文。
60. 林麗玲（1994），燒燙傷兒童社會支持系統與福利需求之研究，台北市：東吳大學社會工作研究所碩士論文。
61. 林克炤等（1992），台灣省植物人罹患人數及其照顧需求之調查，台北市：公共衛生第19卷第2期。
62. 周玲玲、郭照美（1987），精神科出院病人的工作適應－以台北市立療養院病人為例，台北市：中華民國醫務社會

服務協會76年季刊。
63. 周月清（1998），身心障礙者福利與家庭社會工作－理論實務與研究，台北市：五南圖書公司出版。
64. 周月清（1995），我國殘障福利政策之研究，台北市：內政部印行。
65. 周震歐（1993），兒童福利，台北市：巨流圖書公司出版。
66. 周怜姮（1994），導盲犬的訓練與運用，視障教育理論與實務－啟明學校叢書第18輯，台北市：台北市立啟明學校出版。
67. 汪麗真（1994），自閉症兒童母親教養壓力、親職角色適應與教養服務需求之研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
68. 金忠孝（1999），老人癡呆症並非全是絕症，台北市：健康世界第157期。
69. 沈楚文等（1989），新編精神醫學，台北市：永大書局出版。
70. 邱汝娜（1994），殘障福利執行面的探討，全國社會福利會議手冊，台北市：內政部社會司印行。
71. 杞昭安（1999），視覺障礙者輔具簡介，台北市：國立台灣師範大學特殊教育學系印行。
72. 沙依仁、江亮演、王麗容（1996），人類行為與社會環境，台北縣：國立空中大學出版。
73. 岳美蘭（1994），啟明學校國中生活福利需求研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
74. 姚卓英（1978），傷殘復健概論，台北市：杏文出版社出版。
75. 徐享良（1994），特殊教育之趨勢與展望，王文科主編

「特殊教育導論」，台北市：心理出版社出版。
76. 徐享良（1993），肢體傷殘與身體病弱兒童，特教園丁雜誌主編「特殊教育通論」，台北市：五南圖書公司出版。
77. 徐亞英（1992a），痴呆病人的問題與行為，台北市：健康世界第79期。
78. 徐亞英（1992b），痴呆病人常見的安全問題，台北市：健康世界第75期。
79. 胡海國（1995），精神病理學總論，台北市：當代醫學22卷3期。
80. 胡永崇（1997），聽覺障礙者之教育，王文科主編「特殊教育導論」，台北市：心理出版社出版。
81. 康美華（1999），無障礙環境政策發展之探究－以台北市推動無障礙環境為例，台北市：國立台灣大學社會學研究所應用社會組碩士論文。
82. 俞筱鈞（1984），適應心理學，台北市：中國文化大學出版。
83. 洪榮照、張昇鵬（1997），智能障礙者之教育，王文科主編「特殊教育導論」，台北市：心理出版社出版。
84. 孫淑柔（1994），支持性就業面面觀，台北市：特殊教育季刊第51期。
85. 孫秀惠（1991），給一根愛的枴杖－老年痴呆症，台北市：遠見雜誌社出版。
86. 孫健忠（1993），國家角色與社會福利－資本主義與社會主義的比較，台北市：社會福利月刊第106期。
87. 莊明敏（1995），精神病患醫療體系之檢討，台北市：行政院研考會印行。
88. 秦文力（1999），身心障礙福利服務的千禧年課題，台北市：社區發展季刊第88期。

89. 馬家蕙（1995），台灣地區智障者家長團體之發展－兼論其與社會工作專業之互動，台北市：台灣大學社會學研究所應用社會學組碩士論文。

90. 黃金島（1988），肢體殘障者之身體心像、自我概念、歸因組型與生活適應間的關係，台北市：政治大學社會學研究所碩士論文。

91. 黃志成（1999），幼兒保育概論，台北市：揚智文化公司出版。

92. 黃志成（1993），台北市八十一年殘障人口普查研究，台北市：台北市社會局出版。

93. 黃志成、王麗美（2000），身心障礙者的福利服務，台北市：亞太圖書公司出版。

94. 黃志成、王麗美（1997），殘障者福利服務資源手冊，台北市：中華民國啟智協會編印。

95. 黃志成（1997），在DSM-IV中之自閉症的相關疾病「認識自閉症－落難的天使」專題研討會研習手冊，台北市：中華民國自閉症總會印行。

96. 黃志成（1987），某大學殘障學生調查報告，台北市：社會建設季刊第64期。

97. 黃德祥（1983），荷倫德的職業抉擇理論，台北市：中國論壇發行。

98. 黃尤美（1997），原住民父母對其智障子女未來安置計劃之研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。

99. 黃惠玲（1998），器官被浪費了嗎？打破本位主義，台北市：大家健康第155期。

100. 黃梅羹（1987），精神科住院病患及其家屬的心理暨社會問題探索研究，台北市：中華民國醫務社會服務協會刊

行。
101. 梁惠芳（1990），顏面傷殘兒童的生活適應與福利需求之研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
102. 梁美玲（1999），從泡浴到專業水療，台北市：長春月刊191期。
103. 家庭照顧者關懷總會會訊（1998），新鮮的名詞介紹－什麼是喘息服務，台北市：家庭照顧者關懷總會出版。
104. 教育部編（1991、2004），特殊教育概況，台北市：教育部印行。
105. 張嘉桓、黃資源（1998），本校高三～國三學生職業興趣初探，視障教育理論與實際－啟明教育叢書第22輯，台北市：台北市立啟明學校出版。
106. 張碧玲（1995），精神病患被遺棄在佛光山不是個案，而是常有的事，台北市：中時晚報1995年10月24日刊行。
107. 張雅麗（1991），美國老人福利與殘障福利措施考察報告，台北市：福利社會雙月刊第25期。
108. 張勝成（1997），開發殘障者勞動力的方式，殘障者勞動力開發研討會手冊，台北市：行政院勞委會印行。
109. 張明輝（1988），聽覺障礙者之職業與就業輔導，台北市：福利社會雙月刊第12期。
110. 張黎文（2000），器官捐贈協會新聞報導，台北市：中國時報2000年1月29日刊行。
111. 張奐（1992），顏面傷殘兒童輔導手冊，台北市：國立台灣師範大學特殊教育研究所編印。
112. 張春興（1992），現代心理學，台北市：東華書局出版。
113. 張尚文（1998），精神病患早期發現早期治療，台北市：TVBS週刊48期。

114. 陸京士（1990），近代社會立法，蔡漢賢主編「社會工作辭典」，台北市：中華民國社區發展研究訓練中心印行。
115. 郭為藩（1993），特殊兒童心理與教育，台北市：文景書局出版。
116. 郭煌宗（1994），談德國嬰幼兒發展遲緩整合性早期介入模式之沿革，「發展遲緩兒童早期發現早期療育」國際研討會手冊，台北市：中華民國智障者家長總會印行。
117. 郭佩瑜（1997），「台北市殘障者生活狀況調查」調查報告，台北市：台北市政府社會局印行。
118. 郭佩瑜（1994），台北市「殘障休閒活動需求調查」報告－以松山區為例，台北市：福利社會雙月刊第43期。
119. 曾文星、徐靜（1988），最新精神醫學，台北市：水牛圖書公司出版。
120. 曾端真（1999），心理異常的治療，郭靜晃主編「心理學」，台北市：揚智文化公司出版。
121. 康泰基金會（1999），台、港、星三地老年失智研討會報告，台北市：天主教康泰醫療教育基金會印行。
122. 莊秋金（1998），智障生快樂天堂，台北市：國語日報1998年8月31日刊行。
123. 教育部（1991），發展與改進特殊教育五年計畫，台北市：教育部發行。
124. 蔣竹雲（1996），台灣地區已立案之「精神病患及家屬自助團體」現況，台北市：衛生報導6卷5期。
125. 蔣興傑（1996），「在家自行教育」學生之家長對其身心障礙子女教育之意見調查，特殊教育研討會報告：台北市：國立台灣師範大學特殊教育學系印行。
126. 智能障礙定義、分類暨支持補助系統－工作手冊（1994），台北市：台北雙溪啟智教育基金會發行。

127. 陳小慈（1993），台灣地區精神醫療政策之分析－以精神衛生法為例，台灣大學社會學研究所應用社會學組碩士論文。
128. 陳小娟（1998），台灣人工電子耳孩童聽覺復健現況，台北市：特殊教育研究學刊第16期。
129. 陳一蓉（1993），自閉症兒童的母親的壓力知覺、社會支持與其適應關係的探討，嘉義縣：國立中正大學心理學研究所碩士論文。
130. 陳育芬（1994），社區中老年痴呆症之流行病學調查，健康與社會政策學術研討會，台北市：老人醫療照顧與福利政策之展望論文集第1集。
131. 葉重新（1999），心理學，台北市：心理出版社出版。
132. 葉炳強、劉珣瑛（1993），您會得痴呆症嗎？－痴呆症的危險因子，台北市：健康世界第86期。
133. 萬明美（1996），視覺障礙教育，台北市：五南圖書公司出版。
134. 萬明美（1993），如何開拓視障者（含盲、多重）的就業輔導與安置，台北市：財團法人台北市愛盲文教基金會編印。
135. 萬育維（1997），如何突破殘障者就業困境－從結構與個人的觀點出發，殘障者勞動力開發研討會資料，台北市：行政院勞委會印行。
136. 脊髓損傷者身心重建手冊（1998），台北市：財團法人中華民國脊髓損傷者聯合會印行。
137. 腦性麻痺兒童家長及教師手冊（1987），屏東縣：基督教勝利之家印行。
138. 勞工委員會職業訓練局編（1997），成果本位評鑑，台北市：勞工委員會職業訓練局出版。

139. 勞工委員會職業訓練局編（1998），美國支持性就業－模式、方法與問題，台北市：勞工委員會職業訓練局出版。
140. 勞工委員會職業訓練局編（1998），身心障礙者社區化就業安置模式理念與實務，台北市：勞工委員會職業訓練局出版。
141. 勞工委員會職業訓練局編（2004），身心障礙者職業訓練與就業精華，台北市：勞工委員會職業訓練局出版。
142. 愛盲簡訊雜誌（1997），台北市：光鹽愛盲服務中心出版。
143. 愛盲簡訊雜誌（1998），台北市：光鹽愛盲服務中心出版。
144. 楊千立（1999），身體病弱學生鑑定原則鑑定基準說明，張蓓莉主編「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準說明手冊」，台北市：國立台灣師範大學特殊教育學系編印。
145. 游美貴（1995），顏面傷殘兒童家庭福利服務需求之研究，台北市：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
146. 楊朝祥（1990），生計輔導－終生的輔導歷程，台北市：行政院青輔會印行。
147. 彭駕騂（1999），老人學，台北市：揚智出版公司出版。
148. 詹火生（1989），現階段殘障福利政策的檢討，福利社會雙月刊第18期，台北市：台北市社會局發行。
149. 詹火生（1990），社會政策的意義、蔡漢賢主編「社會工作辭典，台北市：中華民國社區發展研究訓練中心印行。
150. 劉淑瓊（1998），社會福利民營化之研究－以台北市政府契約委託社會福利機構為例，台北市：國立台灣大學三

民主義研究所印行。
151. 劉錦豪（1999），異種器官移植的展望，台北市：自由時報1999年9月23日第22版。
152. 劉殿楨（1999），當助聽器不足時－人工電子耳，台北市：健康世界月刊157期。
153. 劉珣瑛（1993），痴呆症病人常見的精神症狀及對策，台北市：健康世界第85期。
154. 劉曉秋（1995），普仁堂，周震歐主編「兒童福利」，台北市：巨流圖書公司出版。
155. 鄒開鳳（1997），認識自閉症系統，台北市：台北市自閉症教育協進會會訊第二期。
156. 鄭誠功主編（1999），身心障礙者輔具研究計畫，台北市：國立陽明大學醫學工程研究所印行。
157. 蔡承恩（1998），遺傳諮詢定義，台北市：自由時報1998年6月22日37版。
158. 蔡漢賢（1990），社會工作辭典，台北市：中華民國社區發展研究訓練中心印行。
159. 賴復寰（1998），殘障體育運動概論，台北市：正中書局出版。
160. 廖俊松（1998），殘障特考錄取員工滿意度調查研究，台北縣：國立空中大學行政學報第8期。
161. 潘淑滿（2000），社會個案工作，台北市：心理出版社出版。
162. 蕭新煌、孫志慧（1998），十年來台灣社會福利運動的發展：傳承與變遷。台灣社會福利運動的回顧與展望，台北市：國立台灣大學社會學系印行。
163. 蕭金土（1993），聽覺障礙、特殊園丁雜誌社主編「特殊教育通論」，台北市：五南圖書公司出版。

二、日文部份

1. 一番ヶ瀨康子、佐藤進編（1987），「障礙者の福祉と人權」，日本東京：光生館出版。
2. 大橋謙策者（1995），地域福祉論，日本東京：大藏省印刷局印行。
3. 大野智也（1988），「障害者はいま」日本東京：岩波書店出版。
4. 三ッ木任一著（1997），障害者福祉論，日本東京：大藏省印刷局印行。
5. 小島蓉子、奧野英子編（1994），「新い社會リハビリテーション」日本東京：誠信書局出版。
6. 日本精神薄弱者福祉連盟編（2005），「發達障害白書」，日本東京：日本文化科學社印行。
7. 日本總理府編（2006），「障害者白書」，日本東京：大藏省印刷局印行。
8. 日本障害者雇用促進協會編（1995），「障害者雇用ガイドブック平成7年版」，日本東京：雇用問題研究會印行。
9. 日本障害者協議會編（1994），「障害者の生活改善手法」，日本東京：彰國社出版。
10. 中西由紀子（1996），「アヅアの 障害者」，日本東京：現代書館出版。
11. 宇野裕（1995），「職業 としての福祉」，日本東京：中央法規出版社出版。
12. 石坂直行（1973），「ヨ—ロッパ車 いすひとり旅」，日本東京：日本放送出版協會發行。
13. 定藤丈弘等編（1993），自立生活の思想と展望」，日本東京ミネルヴア書房出版。
14. 佐藤久夫（1996），「障害者の定義と障害者福祉の法

とサービス體系」，日本東京：有斐閣出版。
15. 佐藤久夫（1992），「障害構造論入門」，日本東京：青木書店出版。
16. 國際障害者年推進會議編（1983），「國際障害者年國連、海外關係資料集」，日本東京：全國社會福祉協議會印行。
17. 厚生省社會、援護局更生課監修（2005），「體の不自由な人人の福祉」，日本東京：テクノェィド協會發行。
18. 原生省保健醫療局精神保健課監修（2005），「我が國の精神保健福祉」，日本東京：厚健出版社出版。

三、英文部分

1. Ackernecht, E.H. (1971) Medicine and Ethnology, Johns Hopkins University, Baltimore.
2. Albrecht, G. (1992) The Disability Business: Rehabilitation in America. Newbury Park, CA: Sage Publications.
3. AAMR Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (1992) Mental Retardation: Definition, classification, and system of support. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
4. Alzheimer's Disease International (1999) The Prevalence of Alzheimer (Fact Sheet #2).
5. Barnes, C. (1991) Disabled People in Britain and Discrimination: A Case for Anti-Discrimination Legislation, London: Hurst.
6. Ben-Ari, A.T. & Azaiza, F. (1996) "Associated Meanings of the Concept "Self-Help" among Israeli Professionals in the Helping Professions," Social Work With Groups, 19(2): 67-80.

7. Baker, J. (1979) "Social Conscience and Social Policy," Journal of Social Policy, 8(2): 177° , 206.

8. Beveridge (1942) Social Insurance and Allied Senices. Cmd. 6404, London: HMSO.

9. Brandt, R.B. (1976) "The Concept of Welfare," In N. Titmuss & D. Watson (Eds.) Talking about Welfare: Readings.

10. Comes, P. (1991) Impairment, disability, Handicap and new technology. London: Jessica Kingsley Publishers.

11. Crocker A.C. (1983) "Sisters and Brothers." In J.A. Mulick d S.M. Pueschel (Eds.), Parent-professional Partnerships in Developmental Disabilities Services, PP. 139~148. Cambridge, MA: Ware Press.

12. Ceso-Zanic, J. (1989) Family placement Legislation and Experience in the Socialist Republic of Croatia, Community Altermatives, 1(2), fall, 31-39.

13. Doll, E.A. (1941) The Essentials of an inclusive concept of mental deficiency. American Jrl. of Mental Deficiency.

14. Day, P.R. (1981), Social work and social control, London: Tavistock Publications.

15. De Vore, S. (1979) The profoundly retarded. Springfield, Illinois; Charles C. Thomas. Piaget, J. (1952). The Child's Conception of Number. London, Routledge & Kegan Paul.

16. Dinitto, Diana. M., (1995) Social Welfare-Politics and Public Policy, Boston: Allyn and Bacon.

17. Eyden, J. (ed)(1971) The Welfare Society, Bedford Square Press.

18. Fredericks, H.D. (1987) "Elementary Schorl", in S.M. Pueschel, et al. (Eds.), New Perspectives on Down Syndrone.

Baltimore: Paul H. Brookes.

19. Foucault, M. (1986) "Space, Knowledge and Power," in P. Rabinow (ed.), The Foucault Reader. Harmondsworth: Penguin.
20. Flora, P & Heidenheimer, A.J. (1981) "The Historical Core and Changing Boundaries of the Welfare State," in P. Flora & A.J. Heidenheimer (Eds.) The Dwelpment of Welfare State in Europe and America. N.J., Brunswick: Transaction.
21. George, V. & Wilding, P. (1979) Ideology and Social Welfare. London: RKP.
22. Gilbert. N. & Spect, H. (1986) Dimension of Social Welfare Policy (2nd ed.), N.J. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
23. Gilbert, N. & Terrell, P. (1998) Dimensions of Social Welfare Policy (4th ed.) Ma: Allyn & Bacon.
24. Galper, J.H. (1975), The politics of social services, Englewood Cliffs, New Jersey: prentice-Hall.
25. Gearheart, B.R., & Litton, F.W. (1979) The trainable retarded: A foundations approach. St. Louis, Missouri: The C.V. Mosby Company.
26. Gold, M.C. (ED) (1980) Did I Say that? Articles and Commentary on the try another way system, Champaign, Ill.: Research press.
27. Hallahan, D.P. & Kauffman, J.N. (1991) Exceptional children: Introduction to special education (5th ed). N.J.: Prentice Hall Inc.
28. Haring, N.G., & McCormick, L. (1990) Exceptional Children and Youth: An introduction to special education (5th ed.) Columbus: Merrill.

29. Hasenfeld, Y. (1983) Human Service Agamizations. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

30. Into the Twenty-First Century (1984) The Development of Social Security. International Labor Office, Geneva.

31. John W. Sutherland (1977) Managing Social Service Systems. New York: P.B.I.

32. Kirk, S.A. & Gallagher, J.J. (1989) Educating Exceptional Children. C.A.: Houghton Mifflin Company.

33. Kurtz, L.F. (1990) "The Self-help Movement: Review of the Past Decade of Research." Social Work with Groups, 13(3): 101~115.

34. Leach, B. (1996) "Disabled People and the Equal Opportunities Movement," in G. Hales (ed.), Beyond Disability. New Delhi: Sage Publication.

35. Lieberman, M.A.(1990) "Group Therapist Perspective on Self-Help Group," International Journal of Group Psychother, 40(3).

36. Mackelprang, R.W. & Salsgiver, R.O. (1996) "People with Disabilities and Social Work: Historical and Contemporary Issues," Social Work 41(1): 7-14.

37. Maslow, A.H.(1987). Motivation & Personality (3rd ed,). NY: Harper-Collins Publishers.

38. Murray, C. (1984), Losing ground, NY: Basic Books.

39. Laslett, P. (1965) The world We Have Lost. London: Methuen.

40. Marshall, T.M. (1955) Social Plicy. London: Hunchinson University Library.

41. Moroney, R.M. (1986) Shared Responsibility: Familes and Social Policy N.Y.: aldine Pubishing Co.

42. Marinelli, R.P. & Dell Orto, A.E., (1977) The Rsychological and Social Impact of Physical Disability. New York: Springer Publishing Company.

43. Mercer, J. (1973) Labeling the mentally retarded. Berkeley: University of California Press.

44. Murphy, A. (1983) "Community Sevices and Resources within the Family." In J.A. Mulick d S.M.Pueschel (Eds.) Parent-professional Partnerships in Developmental Disabilities Services, PP. 149~172. Cambridge, MA: Ware Press.

45. Murphy, A. & Crocker, A.C. (1987) "Inpact of Handicapping Conditions of the Child and Family," in H.M. Wallace, et al. (eds.), Handicapped Children and Youth. New York: Human Sciences Press, Inc.

46. Oliver, M. (1990) The politics of disablement. London: Macmillan.

47. Powell, T.H. & Ogle, P.A. (1985) Brothers and Sisters: A Special Part of Exceptional Families, Baltimore: Paul H. Brookes.

48. Powell, T.J. (1990) Working with Self-Help, MD: National Association of Social Workers, Inc.

49. Oliver, M. (1983) Social Work With Disabled People. Basingstoke: Macmillan.

50. Scull, A. (1984) Decarceration, (2nd ed.) Cambridge: Polity Press.

51. Stolov, W.C. & Clowers, M.R., (1981) Handbook of Severe Disability. Washington, D.C.: University of Washington, Department of Rehabilitation Medicine.

52. Skidmore. R.A. (1995), Social Work Administration Boston:

Allyn and Bacon.

53. Titmuss R. (1973) Commitment to Welfare. London: George Allen and Unwin.

54. Wilensky, H.L. & Lebeaux, C.N. (1965) Industrial Society and Social Welfave, N.Y.: The Free Press.

55. Zola, I.K. (1972) "Medicine as an Institution of Social Control: the Medicalizing of Society," Sociological Rociew, 20: 487-504.

附錄1 新舊制身心障礙分類對照表

對應類別	新制之身心障礙分類（8大構造及功能分類）	舊制之身心障礙分類（16類疾病分類）
1	神經系統構造及精神、心智功能	智障、自閉症、頑性（難治型）癲癇症、植物人、失智症、慢性精神病、多重障礙，罕見疾病而致身心功能障礙者，其他認定之障礙
2	眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	聽障、視障、平衡障礙、重要器官障礙、植物人、多重障礙等。
3	涉及聲音與言語構造及其功能	言語機能障礙，重要器官障礙、植物人、多重障礙等。
4	循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	重要器官障礙，植物人、多重障礙，罕見疾病而致身心功能障礙者，其他認定之障礙等
5	消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	重要器官障礙，植物人、多重障礙，罕見疾病而致身心功能障礙者，其他認定之障礙等
6	泌尿與生殖系統相關構造及其功能	重要器官障礙，失智症、植物人、多重障礙，罕見疾病而致身心功能障礙者，其他認定之障礙
7	神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	重要器官障，失智症、植物人、多重障礙，罕見疾病而致身心功能障礙者，其他認定之障礙
8	皮膚與相關構造及其功能	顏面傷殘，多重障礙等。

附錄2 新制身心障礙類別及看診科別對照表

身心障礙類別	看診科別
神經系統構造及精神、心智功能	精神科、神經內科、內科、小兒科、復健科或家醫科
眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	眼科、耳鼻喉科、神經科、神經外科、復健科
涉及聲音與言語構造及其功能	耳鼻喉科、復健科、神經科、神經外科、整形外科
循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	心臟科、胸腔科、神經科、復健科、耳鼻喉科、胸腔外科
消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	神經科、復健科、消化系內、外科
泌尿與生殖系統相關構造及其功能	腎臟科、家醫科、泌尿科、復健科
神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	骨科、神經科、復健科、神經外科或整形外科等
皮膚與相關構造及其功能	皮膚科、病理科、整形外科

附錄3 身心障礙者權益保障法施行細則

第 1 條　本細則依身心障礙者權益保障法（以下簡稱本法）第一百零八條規定訂定之。

第 2 條　主管機關及各目的事業主管機關應依本法規定之權責，編訂年度預算規劃辦理。

第 3 條　本法第九條第一項所稱專責人員，指全職辦理身心障礙福利工作，未兼辦其他業務者。

本法第九條第二項所稱專業人員，指依規定遴用訓練，從事身心障礙相關福利工作之服務人員。

第 4 條　直轄市、縣（市）衛生主管機關應公告轄區內身心障礙鑑定之醫療機構。

第 5 條　（刪除）

第 6 條　（刪除）

第 7 條　依本法第十五條第三項所稱障礙事實消失，指經重新鑑定已非屬本法所稱身心障礙者，或已逾身心障礙手冊或證明所註明之有效時間者。

第 8 條　（刪除）

第 9 條　直轄市、縣（市）主管機關應對轄區內身心障礙者建立檔案，並按月將其基本資料送直轄市、縣（市）戶政主管機關比對；身心障礙者基本資料比對結果，應彙送直轄市、縣（市）主管機關。

第 10 條　（刪除）

第 11 條　本法第十六條第二項所定公共設施場所，包括下列場所：

一、道路、公園、綠地、廣場、游泳池、民用航空站、車站、停車場所、展覽場及電影院。

二、政府機關、學校、社教機構、體育場所、市場、醫院。

三、郵政、電信、自來水及電力等公用事業機構。

四、其他經中央主管機關認定之場所。

第 12 條　勞工主管機關得將其依本法第三十三條所定應提供之職業重建服務事項，委任所屬就業服務機構、職業訓練機構或委託相關機關（構）、學校、團體辦理。

第 12-1 條　本法第三十八條第三項所稱義務機關（構）員工員額經核定為員額凍結或列為出缺不補者，指經總統府、國家安全會議、五院及所屬一級機關、省政府、臺灣省諮議會、直轄市、縣（市）政府，以公文書核定現有人員出缺不再遞補之定期或不定期員額管理措施。

第 13 條　本法第三十八條第七項所定下列單位人員，不予計入員工總人數：

一、警政單位：依警察人員人事條例任官授階，擔任警勤區工作、犯罪偵防、交通執法、群眾抗爭活動處理、人犯押送、戒護、刑事案件處理、警衛安全之警察任務之人員。

二、消防單位：實際從事救災救護之人員。

三、關務單位：擔任查緝、驗貨、機動巡查、押運、理船、燈塔管理、艦艇駕駛、輪機之人員。

四、國防單位：從事軍情工作之人員。

五、海巡單位：從事海岸、海域巡防、犯罪查緝、安全檢查、海難救助、海洋災害救護及漁業巡護之人員。

六、法務單位：擔任偵查、公訴、刑事執行、刑事及行政執行紀錄、法警事務、調查、矯正及駐衛警察工作之人員。

七、航空站：實際從事消防救災救護之人員。

第 14 條　進用身心障礙者義務機關（構），其進用身心障礙者人數，以整數為計算標準，未達整數部分不予計入。

第 15 條　進用身心障礙者義務機關（構），其人員有下列情事之一者，得不予計入員工總人數之計算：

一、因機關（構）裁減、歇業或停業，其人員被資遣、退休而自願繼續參加勞工保險。
二、經機關（構）依法核予留職停薪，仍繼續參加勞工保險或公教人員保險。

第 16 條　進用身心障礙者人數未達本法第三十八條第一項、第二項所定標準之機關（構），應於每月十日前，向所在地直轄市、縣（市）勞工主管機關設立之身心障礙者就業基金，繳納上月之差額補助費。
直轄市、縣（市）勞工主管機關應按月繕具載有計算說明之差額補助費核定書，通知未依本法第四十三條第二項繳納差額補助費之未足額進用身心障礙者義務機關（構）。
前項通知繳納差額補助費之期間，不得少於三十日。

第 17 條　直轄市、縣（市）勞工主管機關應建立進用身心障礙者之義務機關（構）名冊，通知其定期申報，並不定期抽查進用之實際狀況，義務機關（構）應予配合，並提供相關資料。

第 18 條　本法第四十三條第一項所定身心障礙者就業基金屬預算法第四條所定之特種基金，編製附屬單位預算，專款專用；其會計事務，應由直轄市、縣（市）政府之主計機構或人員，依相關法令規定辦理。

第 18-1 條　本法第四十六條所稱視覺功能障礙者從事按摩，指視覺功能障礙者運用輕擦、揉捏、指壓、扣打、震顫、曲手、運動及其他特殊手技，為他人緩解疲勞之行為；所稱視覺功能障礙者從事理療按摩，指視覺功能障礙者運用按摩手技或其輔助工具，為患者舒緩病痛或維護健康之按摩行為。

第 19 條　（刪除）

第 20 條　直轄市、縣（市）主管機關應依身心障礙者多元

需求，輔導依本法第六十二條第一項規定設立之身心障礙福利機構提供下列服務：

一、住宿或日間生活照顧服務。

二、日間活動服務。

三、復健服務。

四、自立生活訓練服務。

五、膳食服務。

六、緊急送醫服務。

七、休閒活動服務。

八、社交活動服務。

九、家屬諮詢服務。

十、其他相關之服務。

第 21 條　直轄市、縣（市）主管機關為提供本法第六十二條第一項後段所定生活照顧、生活重建、福利諮詢等服務，得按轄區內身心障礙者需要，提供場地、設備、經費或其他結合民間資源之方式辦理之。

本法第六十二條第五項所稱得綜合設立，指身心障礙福利機構得依各目的事業主管機關相關法規規定辦理身心障礙者職業訓練、就業服務、庇護工場、早期療育、醫療復健及照護等業務。

第 22 條　主管機關依本法第六十九條第二項規定定期公告或發函各義務採購單位，至遲應每六個月一次。

第 22-1 條　本法第七十四條所定傳播媒體，範圍如下：

一、報紙　二、雜誌　三、廣播　四、電視　五、電腦網路。

第 23 條　本法第七十七條所稱依法令對身心障礙者有扶養義務之人，指依民法規定順序定其履行義務之人。

第 24 條　直轄市、縣（市）主管機關依本法第七十九條第三項規定，移送法院強制執行時，應提出緊急安置必要費用

之支出憑證影本、計算書及該機關限期催告償還而未果之證明文件，並以書狀表明當事人、代理人及請求實現之權利。

前項書狀宜併記載執行之標的物、應為之執行行為或強制執行法所定其他事項。

第 25 條　本法第八十條第一項所定七十二小時，自依本法第七十八條第一項規定緊急安置身心障礙者之時起，即時起算。但下列時間不予計入：

一、在途護送時間。

二、交通障礙時間。

三、其他不可抗力之事由所生不得已之遲滯時間。

第 26 條　本法第八十四條第二項所定社會工作人員，包括下列人員：

一、直轄市、縣（市）主管機關編制內或聘僱之社會工作及社會行政人員。

二、受直轄市、縣（市）主管機關委託之社會福利團體、機構之社會工作人員。

三、醫療機構之社會工作人員。

四、執業之社會工作師。

五、學校之社會工作人員。

第 27 條　主管機關依本法第九十條或第九十三條規定通知身心障礙福利機構限期改善者，應令其提出改善計畫書；必要時，會同目的事業主管機關評估其改善情形。

第 27-1 條

本法第一百零三條第二項所定滯納金總額以新臺幣元為單位，角以下四捨五入。

第 28 條　（刪除）

第 29 條　本細則中華民國一百零一年七月三日修正條文，自一百零一年七月十一日施行。

國家圖書出版品預行編目資料

身心障礙者福利 / 江亮演著. -- 二版.
-- 臺北市 : 松慧, 2012.10
面 ; 公分

ISBN 978-986-7599-54-4(平裝)

1.身心障礙福利

548.2 101019233

身心障礙者福利

作者：江亮演
總編輯：徐娟玉
編輯助理：李峙曄、李峙錡
發行人：黃智富
出版者：松慧有限公司
地址：台北市新中街7-1號
讀者服務專線：（02）2430-0648；2746-6907
傳真：（02）2430-1798
網址：www.songhui.com.tw
電子信箱：songhui.pub@msa.hinet.net
劃撥帳戶：松慧有限公司
劃撥帳號：19762894
封面設計排版：福美設計工作室
印刷：黃陶印刷品設計有限公司
出版：2012年10月二版一刷
定價：400元
ISBN-13：978-986-7599-54-4

◎ 版權所有・翻印必究
本書如有 頁、破損、或裝訂錯誤，請寄回更換。



此頁空白



一個文明的社會必然會重視身心障礙者的福利。

我們的社會正朝著積極關懷身心障礙者的方向前進，

政府為謀求身心障礙者的福祉，維護其生活的權益，

重視其就醫、就養、就學、就業的需求，

而訂頒「身心障礙者權益保障法」，

推展各種障礙者福利服務，作為值得肯定，

然而，尚未臻完善，有志者仍有前瞻闊步的空間。

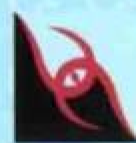
本書以社會福利學的立場來探討身心障礙者福利的理論與實務，

架構完整，論述周延，

值得學習者、研究者及施政者參考。

ISBN 978-986-7599-54-4





松慧文化